FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO

ESTUDIO CLÍNICO DE LOS ESTRECHAMIENTOS DE LA URETRA Y SU TRATAMIENTO

TRABAJO INAUGURAL

POR

MARTIN MOTA

ALUMNO DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE MÉXICO; ASPIRANTE DEL CUERPO DE SANIDAD DEL EJÉRCITO MEXICANO.



MÉXICO

IMPRENTA DE IGNACIO ESCALANTE,
BAJOS DE SAN AGUSTIN, NUM. 1.

1880

C. J. M.ª Bandera, sinod. prop.º

FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO

ESTUDIO CLÍNICO

DE LOS

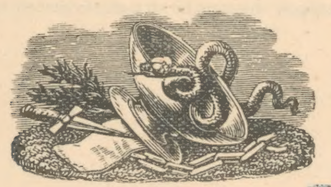
ESTRECHAMIENTOS DE LA URETRA Y SU TRATAMIENTO

TRABAJO INAUGURAL

POR

MARTIN MOTA

ALUMNO DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE MÉXICO; ASPIRANTE DEL CUERPO DE SANIDAD DEL EJÉRCITO MEXICANO.



MÉXICO

IMPRENTA DE IGNACIO ESCALANTE,
BAJOS DE SAN AGUSTIN, NUM. 1.

1880

AL EMINENTE CIRUJANO

FRANCISCO MONTES DE OCA

Me es grato, al llegar al fin de mi penosa carrera, estimulado por vuestra noble proteccion, ilustrado con vuestros sabios consejos y dulcificadas mis horas en el seno de nuestra amistad, rendiros públicamente el homenaje de mi eterna gratitud, de mi sincero cariño y de mi profundo respeto.

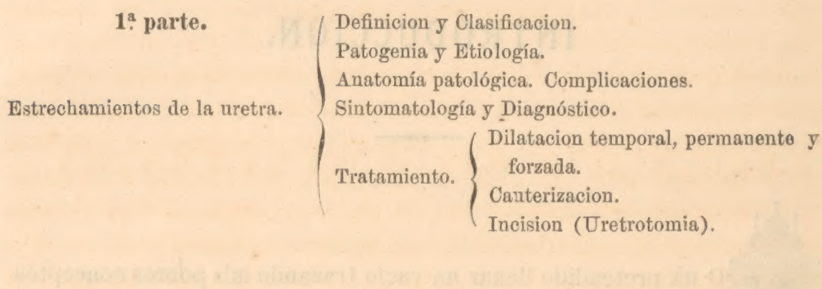
INTRODUCCION.

No he pretendido llenar un vacío trazando mis pobres conceptos en este imperfectísimo trabajo; hombres de gran talento, entre los que figuran Voillemier, Thompson y Civiale, se han ocupado del mismo punto que yo, enriqueciendo á la ciencia Médico-quirúrgica con un contingente de conocimientos vasto y profundo, y seria, más que una pretension, una necedad extrema pensar haber hecho algo al ménos pasadero; así, pues, estoy muy léjos de creer que mi incompleto trabajo tenga algun mérito, y si lo doy á luz es porque la ley me impone el deber de hacerlo, y aunque me expone á manifestar tan solo las imperfecciones de mi educacion literaria, no tengo otro medio que obedecerla, pues deseo llegar al fin de mi penosa carrera. *Dura lex, sed lex.*

¿Qué hacer delante de tamaña obligacion? Escribir sobre algo.

Los estrechamientos orgánicos de la uretra han sido para mí un objeto constante de estudio: he observado muchos, ya solos, ya acompañados de complicaciones; he apreciado la gravedad de éstas y el mejor tratamiento que debe oponérseles para salvar al que sufre; he empleado los diversos medios de curacion de las coartaciones, calculando sus ventajas, midiendo sus inconvenientes, comparando sus resultados, palpando las dificultades que muchos de ellos presentan en su ejecucion, y los accidentes que de esta última pueden resultar: en una palabra, mi atencion se ha fijado en todo lo que pertenece á un estrechamiento; y esto durante un tiempo tan considerable, que nada hallé mejor que escribir sobre una cosa conocida para mí, es decir, enteramente práctica, pues que carezco de imaginacion y de lenguaje para la teoría.

Vengo, pues, á relatar sencillamente los hechos que he observado, y para ello he dado á mi estudio el siguiente plan:



1ª parte.

Estrechamientos de la uretra.
- Definicion y Clasificacion.
- Patogenia y Etiología.
- Anatomía patológica. Complicaciones.
- Sintomatología y Diagnóstico.
- Tratamiento.
  - Dilatacion temporal, permanente y forzada.
  - Cauterizacion.
  - Incision (Uretrotomia).

2ª parte.

Uretrotomia.
- Externa.
- Interna.

Como complemento á mi estudio, he agregado el tratamiento de las complicaciones más comunes y más graves de los estrechamientos.

Por último, presento doce observaciones, no obstante las muchas que tengo recopiladas, por ser éstas las más notables.

Mayo de 1880.

PRIMERA PARTE.

ESTRECHAMIENTOS DE LA URETRA.

I.

Definicion y clasificacion.

Se entiende por estrechamiento uretral, toda modificacion histológica de este canal, en virtud de la que pierde la facultad de dilatarse para dar paso á la orina.

Explicaré esta definicion. En estado de reposo la uretra no es un verdadero canal, su cavidad es puramente virtual, pues sus paredes se hallan mantenidas en contacto en virtud de la elasticidad de las fibras que le constituyen y de la tonicidad de sus elementos musculares; pero durante la miccion sus paredes son distendidas por el líquido urinario, y su cavidad, hasta entónces virtual, se hace real; tan luego como un obstáculo cualquiera impide su ampliacion, el curso de la orina se halla estorbado: este obstáculo constituye el estrechamiento.

Los estrechamientos de la uretra han sido divididos en congénitos y accidentales: los primeros no nos interesan, y en cuanto á los segundos, se clasifican en *espasmódicos, inflamatorios, cicatriciales y orgánicos.*

Por estrechamiento espasmódico se entiende la obstruccion del canal, debida á un espasmo de su porcion musculosa.

El estrechamiento inflamatorio es aquel en que el canal de la uretra es obstruido á causa de la tumefaccion de la mucosa, la cual ha perdido al mismo tiempo gran parte de su elasticidad, á consecuencia de la hiperhemia del tejido conjuntivo subyacente.

Los estrechamientos cicatriciales, como su nombre lo indica, son producidos por un tejido de cicatriz que obstruye la uretra: son casi siempre consecutivos á un traumatismo de las vías urinarias, como una contu-

sion, una herida contusa, una caida sobre el perinéo, y sobre todo, las falsas vías producidas por un cateterismo imprudente ó mal hecho.

En el estrechamiento orgánico la obstruccion del canal es debida á una trasformacion fibrosa de sus paredes; trasformacion situada unas veces en la mucosa y otras en los tejidos subyacentes; ó bien, á "la alteracion de los tejidos normales ó la produccion de tejidos nuevos, que privan á la uretra de su elasticidad, impidiéndole ceder á la expulsion de la orina durante la miccion." (Voillemier.)

Algunos autores, como Hunter, creen que el "espasmo puede complicar á un estrechamiento, pero que tambien puede por sí solo determinar la obstruccion:" no estoy de acuerdo en su modo de ver: yo creo que el espasmo existe en un gran número de veces, que puede hacer el cateterismo muy difícil, pero no imposible, y que generalmente la falta está en la mano y no en el espasmo. "La creencia del espasmo es un bálsamo engañoso para el espíritu del cirujano." (Thompson.)

En cuanto al estrechamiento inflamatorio, algunos cirujanos como A. Cooper, Nélaton, creen que sobreviene en el curso de una blenorragia. Yo no niego las lesiones anatómicas inherentes á toda flegmasía, sobre todo la tumefaccion; pero no me parece que este accidente merezca ser considerado como constituyendo un verdadero estrechamiento, pues como dice Voillemier: "Nadie ha pensado en calificar el edema de la glotis con el nombre de estrechamiento." El estrechamiento inflamatorio es más bien un arrugamiento de la mucosa uretral, que dura tanto como la inflamacion misma; no existe sino cuando ésta ocupa la region prostática, y es debido á la tumefaccion de la prostata; ahora bien: no se puede decir en este caso que la uretra esté estrechada como no se dice de la faringe en los casos de angina tonsilar.

Por lo que toca á los estrechamientos cicatriciales, no me ocuparé de ellos, pues además de ser raros, no es posible destruirlos: siempre reinciden á pesar de la uretrotomia y á pesar de la dilatacion, pues que están constituidos por un tejido cicatricial, es decir, esencialmente retráctil, y la cirugía no ha encontrado hasta ahora el medio de destruir esa propiedad del tejido inodular.

Quedan, pues, para mi estudio los estrechamientos orgánicos; estos son los que se nos ofrecen con mayor frecuencia en la práctica, tanto civil como nosocomial. Pueden ser simples ó complicados, segun que existen solos ó han dado orígen á otros accidentes, como la infiltracion de orina, etc., etc.

II

Patogenia y Etiología.

Los estrechamientos orgánicos son siempre consecutivos á la uretritis, y más especialmente á la blenorrágica: el proceso en nada se diferencia del de las demás inflamaciones; y como en ellas los períodos se suceden, al de irritacion nutritiva ó hiperhémico, sigue el de exudacion y á éste el de resolucion ó el de formacion: en los casos felices, la linfa plástica derramada en el tejido conjuntivo sub-mucoso se coagula, despues sufre la desagregacion, la liquefaccion, y es reabsorbida, dejando á los tejidos en su estado normal (restitutio ad integrum), y sin huella alguna del proceso que acaba de pasar; pero en la mayoría de los casos, la reabsorcion no tiene lugar, la linfa exudada se condensa, y una segmentacion se produce en los núcleos de sus células, segmentacion que tiene por resultado la proliferacion, la hipermagalía de ellos y la organizacion del exudado (formacion). Este nuevo tejido, este neoplasma comienza más tarde á retraerse; su retractilidad aumenta cada dia hasta llegar á tomar una consistencia casi cartilaginosa; al mismo tiempo se establecen adherencias entre este tejido y la mucosa, la cual pierde poco á poco su elasticidad y el canal va siendo estrechado más y más, hasta quedar casi borrada su cavidad; entónces se marcan netamente los signos del estrechamiento.

Hunter es el único que ha negado que los estrechamientos sean producidos por la uretritis en cuestion. A. Cooper sostiene que noventa y nueve veces sobre cien, provienen de la gonorrea y en esto están conformes la mayoría de los autores. (Nélaton, Civiale, Voillemier, Brodie, Erichsen, Thompson, Malgaigne, Liston, Ducamp, etc., etc.) En efecto, nada más frecuente que un individuo haya contraido una ó varias gonorreas, que alguna haya pasado al estado crónico, dando lugar en este caso á un escurrimiento, sero-purulento, ligero, descuidado del enfermo que no le presta la menor atencion, y susceptible de aumentarse bajo la menor influencia; poco á poco los signos de un estrechamiento se van presentando, mas comunmente despues de varios meses ó años de una blenorragia, pues nada hay más cierto que la vieja máxima: "La gonorrea es una falta de la juventud que se paga en la edad adulta." Pareceria, pues, que hay una relacion íntima entre la gota militar (ble-

norrea) y el estrechamiento, y que éste es el efecto de aquella, y sin embargo, yendo al fondo de la cuestion, se observa lo contrario. ¿Por qué el estrechamiento léjos de ser el resultado de la accion lenta y sorda de la blenorrea, no lo seria más bien de la blenorragia? ¿No es más natural considerarlo como el resultado de la organizacion de la linfa derramada durante el período agudo y condensada y retraida durante el período crónico? Muy bien puede el derrame sobrevivir á la flegmasía que lo ha producido, organizarse lentamente y dar lugar al endurecimiento del tejido conjuntivo sub-mucoso: ahora bien: en este caso la mucosa ha contraido adherencias con este tejido y pierde su elasticidad; el canal, disminuido de volúmen, se encuentra á cada instante violentado por los esfuerzos de la miccion y acaba por inflamarse dando lugar á un escurrimiento sero-purulento que no puede explicarse ni por la reinoculacion ni por ninguna otra circunstancia. Podemos, pues, concluir, que los estrechamientos orgánicos de la uretra son debidos á la organizacion lenta y progresiva de la linfa plástica derramada en los tejidos sub-mucosos durante una blenorragia, y que la gota militar ó blenorrea es mantenida por el estrechamiento mismo, y debida á la inflamacion de la porcion de mucosa situada detrás de la coartacion: inflamacion que nada tiene de específica y que no es sino el resultado de la irritacion continua ejercida sobre esa parte de la mucosa por la orina retenida. Como consecuencia práctica de ésto, se deduce que: el Médico debe vigilar el período de declinacion de las blenorragias y no dar por terminado su papel tan solo por que ha cesado el escurrimiento. Tillaux* ha demostrado, que la gota militar es debida á un estrechamiento de la uretra, ligero en sí para no impedir el paso de la orina, pero que no se termina de otra manera sino por la dilatacion con la sonda; y yo en mi práctica, nunca las he visto ceder á otro tratamiento; siempre he llevado la dilatacion hasta los números 40 ó 45 de Beniqué.

No haré sino recordar, para rechazarla, la parte que algunos autores quieren hacer representar en la etiología de los estrechamientos á las inyecciones y en particular á las de nitrato de plata: tratándose de inyecciones como las que más comunmente se usan (0,05, ó 0,10 de nitrato de plata para 30,00 de agua) creo que hay una exageracion: mas cuando se trata de inyecciones concentradas, no es el caso, pues entónces hay un verdadero traumatismo; la sustancia obra como caterética, ero-

* Tillaux: Anatomie topographique, pags. 780 y 781.

da la mucosa y produce así una solucion de continuidad que tendrá que repararse por medio de un tejido de cicatriz, el que sufrirá más tarde la retraccion, y dejará, como consecuencia, un estrechamiento cicatricial; pero de éste al estrechamiento orgánico clínico, hay una diferencia inmensa. Además, una práctica de cuatro años me ha enseñado lo contrario: y bien léjos de obtener un estrechamiento despues de aplicar las inyecciones astringentes y cáusticas, he visto que en una infinidad de ocasiones han servido para terminar prontamente una blenorragia, que sin ellas hubiera requerido más tiempo para su curacion; y que cuando se ha descuidado este medio, la curacion ha sido larga ó bien la blenorragia ha pasado al estado crónico y el enfermo ha abandonado las Salas con una gota militar, es decir, con un estrechamiento aunque ligero. Creo, pues, que las inyecciones previenen muchas gotas militares poniendo al enfermo al abrigo de un estrechamiento, y que entre el daño problemático de la inyeccion y el daño seguro que resulta de la persistencia del escurrimiento, un médico juicioso optará siempre por la primera. Diday refiere que, en su juventud, él mismo se practicó más de trescientas inyecciones, de las cuales, al ménos veinte, contenian nitrato de plata al centésimo, y que llegó á la edad de sesenta y tres años sin estrechamiento alguno. *

III

Anatomía patológica.

En este punto me permitiré traducir literalmente lo que sobre la materia dice Pirondi: * * "Cuando á la autopsía se divide un estrechamiento, se puede encontrar atacada solo la mucosa, y entónces se presenta ligeramente engrosada: es la forma rudimental del estrechamiento. Si se divide el canal no quedan como restos de la lesion sino algunas líneas blanquizcas: no se encuentra ni enrojecimiento ni hiperhemia de la mucosa: pero frecuentemente la superficie de la mucosa ha perdido su trasparencia y su tersura, se la encuentra endurecida, engrosada ó plegada, y la seccion al nivel del punto estrechado deja percibir un arrugamiento de los tejidos subyacentes. Generalmente esta membrana se halla ad-

* Diday, citado por S. Pirondi, pág. 42.

* * Sirus Pirondi: Traité théorique et practique des Maladies des Voies Urinaires.

herida al tejido conjuntivo sub-mucoso. Habitualmente se encuentran bajo la mucosa y al derredor del canal, algunos filamentos blanquizcos, dirigidos trasversalmente y que los estrechan más ó ménos. Cortando ó desgarrando estos filamentos, la mucosa queda libre de toda adherencia. Debemos no olvidar este hecho: que los estrechamientos bien considerables en el vivo, muchas veces apénas dejan señales sobre el cadáver.

En algunos casos la mucosa no presenta alteraciones muy notables de estructura, parece simplemente bridada por algunos hacecillos fibrosos que en el caso son los mismos que constituyen el estrechamiento.

Cuando los casos son más graves, el tejido celular, infiltrado de linfa plástica, ha perdido su elasticidad y suavidad. Las fibras musculares orgánicas, y la envoltura fibrosa de los cuerpos esponjosos, atacados tambien por la infiltracion, han sufrido modificaciones análogas, y en los casos más funestos el mismo tejido erectil ha sido comprendido en el proceso morboso; entónces se forma una masa dura. Constantemente esta induracion es apreciable al tacto; basta seguir con el dedo la cara externa del canal al nivel del punto estrechado, para sentir un endurecimiento más ó ménos extenso y de consistencia cartilaginosa. Cuando los cuerpos cavernosos han sido invadidos en su totalidad, se ve el pene deformado durante la ereccion.

Examinados al micoscropio, los estrechamientos presentan una estructura idéntica á las infiltraciones que se hacen en otros órganos á consecuencia de flegmasías prolongadas. A pesar de un número considerable de investigaciones, Robin no ha llegado á encontrar fibras amarillas elásticas ó al ménos no admite que esas fibras sean elementos normales que se encuentren habitualmente entre las partes constituyentes de los tejidos sub-mucosos. Robin no vacila en comparar los fenómenos que se pasan en la produccion de esta infiltracion á los que se hacen en la esclerósis hepática, llamada cirrosis, ó bien en los endurecimientos pulmonares por condensacion de la linfa plástica exudada sobre la superficie pulmonar ó en el parenquima del órgano, durante las flegmasías del aparato respiratorio.

Se han descrito tambien, entre los estrechamientos, los casos muy raros en que la obstruccion del canal era debida á falsas membranas desarrolladas en su interior. Así Rokitansky dice, que: "en algunos casos muy raros, él ha encontrado una falsa membrana crupal cubriendo la mucosa de la uretra. Proviene, dice, de un exudado circunscrito en nata y que se observa especialmente en los niños."

Hancock ha mencionado dos ó tres observaciones del mismo género. Charles Bell ha indicado igualmente la formacion de depósitos en la superficie del canal, pero como resultado de la inflamacion consecutiva al estrechamiento. Estos hechos no deben confundirse con la existencia de seudo-membranas crupales. Estas últimas deben ser muy raras si nos atenemos á la opinion de A. Guérin, que ha publicado sobre la anatomía patológica de los estrechamientos, una Memoria excelente. (Mem. soc. de Chirurgie: 1854.)"

Entraré ahora en lo que á nosotros nos es dable observar, y me ocuparé desde luego del grado á que puede llegar un estrechamiento, para despues estudiar su forma, su número y su situacion relativa.

Nada hay más variable que el grado á que puede llegar un estrechamiento. En algunos casos la diminucion de calibre del canal, está en relacion con la agudez del proceso flegmásico, así como con su extension y su duracion; pero en la mayoría de los casos no existe relacion entre la intensidad de los síntomas y el grado del estrechamiento. En lo general, la impermeabilidad absoluta es rarísima, y los que han querido tomar como signos la imposibilidad de orinar y la de pasar áun la candelilla se han engañado: porque en cuanto á lo primero, esa imposibilidad no es debida al estrechamiento mismo: éste es más ó ménos permeable; la orina escurre en chorro delgado ó gota á gota, segun el grado de la estenosis: pero cuando un obstáculo cualquiera, como un tapon de moco, una pequeña coagulacion fibrinosa, una arenita, etc., etc., es arrastrado con la orina, puede obstruir el canal y no dejar paso al líquido: y si los inexpertos han llamado á esto estrechamiento infranqueable, han cometido un error, puesto que realmente la uretra no está obstruida sino momentáneamente por un obstáculo sobreagregado y no por el hecho mismo de la coartacion. En cuanto á querer fundar el epíteto *infranqueable* en la imposibilidad de pasar áun la candelilla, no tiene razon de sér, puesto que realmente no es imposible: es extremadamente difícil y se necesita una paciencia suma para llegar á conseguirlo. Solo diré que, en mi concepto, fundado en la observacion de los hechos, la coartacion absoluta únicamente existe cuando hay al mismo tiempo una fístula complicando al estremiento y que ésta es de data antigua.

Respecto á la forma, los estrechamientos presentan muchas variedades: unas veces no están constituidos sino por un diafragma membranoso perforado en su centro ó en uno de sus lados de una pequeña abertura más ó ménos circular: otras es un repliegue de forma semilunar, ó bien

una simple cinta tendida de una parte á otra del canal. Estos estrechamientos se designan con el nombre de lineares, pertenecen á los que Charles Bell ha llamado en brida, en la mayoría de casos son debidos al traumatismo; segun la opinion de Thompson, se les debe considerar como pequeñas falsas vías.

Los estrechamientos anulares podrian ser tambien considerados entre los lineares; pero se distinguen porque en estos últimos la parte estrechada del canal es más gruesa y más extensa que en los lineares. Thompson dice: que en los lineares el aspecto es el mismo que si se hubiera ligado una cuerda al derredor del canal dejando el resto intacto.

Algunas veces los estrechamientos son irregulares y tortuosos. En este caso se ve la induracion extenderse hasta los tejidos circunvecinos y algunas veces hasta los cuerpos esponjosos.

La uretra puede hallarse estrechada en toda su longitud.

En fin, los autores hablan de una variedad de estrechamientos en que la mucosa uretral se presenta como plegada en estrella al derredor de un tejido cicatricial: creo que estos provienen de una pérdida de sustancia y no se trata entónces de un estrechamiento orgánico.

Su número es variable, y nada más frecuente que encontrar varios en el mismo individuo: así Hunter (6), Lallemand (7), Collet (8), Ducamp (4 y 5), Leroy d'Etiolles (11), y Thompson, aunque no parece querer admitir que existan varios en el mismo individuo, confiesa sin embargo haber encontrado (en casos excepcionales) hasta 3 y 4. En cuanto á los casos raros en que la uretra se ha encontrado estrechada desde el meato hasta la porcion membranosa, él cree que se ha tratado entónces no de un gran número de estrechamientos distintos, sino más bien de un engrosamiento, de un estrangulamiento uniforme de todo el canal.

El sitio de los estrechamientos uretrales ha sido el objeto de numerosas discusiones, y todavía la cuestion no está enteramente resuelta, lo que me parece depender en gran parte de la diferencia de experimentacion, puesto que la manera de indicar la porcion de la uretra, sitio de la coartacion, ha sido la mensuracion, y ésta se practica unas veces en el vivo y otras en el cadáver: recorreré brevemente las diversas opiniones.

Hunter creía á la porcion bulbosa más dispuesta que las otras á estrecharse; decia que algunas veces el estrechamiento estaba situado entre el meato y el bulbo; que raras veces se hallaba más allá del bulbo, y nunca en la porcion prostática.

E. Home era de opinion que los estrechamientos ocupan de preferencia un punto situado á 15 ó 16 centímetros atrás del orificio anterior de la porcion bulbosa.

Para Brodie, los estrechamientos comienzan en la parte anterior de la porcion membranosa atrás del bulbo.

Segun Liston, la uretra puede estrecharse en diversos puntos, más frecuentemente á 10 centímetros del meato; algunas veces mucho más cerca; comunmente en su paso, á través de la aponeurosis de Carcassone, entre el fondo de saco del bulbo y la punta de la prostata.

John Shaw afirma que en más de cien casos de estrechamientos que ha estudiado en el cadáver, ni una sola vez ha encontrado el canal estrechado atrás del cuello del bulbo. Charles Bell es de idéntica opinion.

Amussat sostiene que el sitio más ordinario está adelante de la union de las porciones membranosa y bulbosa, y Vidal de Cassis, así como Ducamp, son del mismo parecer.

Segun Civiale, "Los estrechamientos orgánicos de la uretra están situados más especialmente en las regiones siguientes: 1º en el meato, 2º en las dos extremidades de la fosa navicular, 3º en la porcion esponjosa, 4º en la curvatura sub-pubiana, al nivel de la union de las porciones bulbosa y membranosa. En una palabra: los estrechamientos uretrales están situados, unas veces en la extremidad del canal, otras á una profundidad que varía entre 0,m025 y 0,m075, y algunos hasta 0,m12."

En fin, Leroy d'Etiolles afirma que los 19/20 de estrechamientos están situados á una profundidad que varía de 0,m125 á 0,m15 del meato, es decir, inmediatamente atrás del bulbo, al principio de la region membranosa, debajo del púbis.

En resúmen, casi todos los autores están de acuerdo en que el sitio más comun de los estrechamientos está en la curvatura sub-pubiana de la uretra y la observacion de Hunter que dice se hallan adelante de la aponeurosis média, es muy justa y confirmada por la observacion: por otra parte, nada tiene esto de sorprendente, puesto que las investigaciones anátomo-patológicas de Rokitansky han demostrado que la blenorragia ataca de preferencia la fosa navicular y el bulbo de la uretra.

Como habia dicho ántes, las disidencias que reinan respecto al sitio de los estrechamientos, son debidas á la ninguna uniformidad de las observaciones: muchos toman como punto de partida, para determinar el sitio del estrechamiento la abertura del meato, midiendo en centímetros la distancia que separa á éste de la porcion estrechada: este método es erróneo,

puesto que la longitud de la uretra y por consiguiente la distancia relativa de sus distintas porciones al meato, varía con cada individuo así como con la tension que se haga sufrir al canal por las tracciones. Yo creo que el único medio seguro de determinar el sitio de un estrechamiento, consiste en el exámen cuidadoso y atento de las relaciones que éste afecta con las diversas porciones de la uretra; obrando de esta manera he encontrado que más frecuentemente están situados en la porcion bulbosa, algunas veces en la membranosa, y mucho. muy raras, en la prostática.

Complicaciones.—Son muy variadas las que acompañan á los estrechamientos y muy variables con el grado á que éste ha llegado; pero seria demasiado difuso si me ocupara de todas ellas, y solo estudiaré brevemente las que más á menudo se presentan.

En primer lugar, la retencion de orina, resultado inmediato y necesario de la obstruccion del canal. A cada miccion, el enfermo ejecuta grandes esfuerzos para expulsar toda su orina; pero no llega á conseguir este resultado: las consecuencias de estos esfuerzos son dos: en primer lugar, la dilatacion de la porcion de uretra, situada detrás del estrechamiento; en segundo, la parálisis del cuello vesical: ambas tienen como resultado el estancamiento de la orina en la porcion dilatada de la uretra, y el contacto permanente de este líquido con la mucosa; pero la orina no puede permanecer estancada sin sufrir la descomposicion amoniacal: entónces constituye un verdadero irritante para la mucosa: la congestiona, la inflama, la ulcera, y abre así una puerta á la infiltracion ó á la reabsorcion.

La infiltracion comienza en la region membranosa, gana despues el tejido celular, situado entre la aponeurosis média é inferior del perinéo, y se extiende más tarde al del escroto, al del pene y algunas veces al del hipogastro. Puede tener diversas terminaciones: la inflamacion del tejido celular, resultado del contacto de éste con la orina; la formacion de un absceso, resultado de esta inflamacion, el cual se abre más comunmente del lado del perinéo, con frecuencia por el escroto, algunas veces por el recto, y muy raras por la cara inferior del pene: otro resultado de la infiltracion puede ser la gangrena de los tejidos infiltrados: se desprende en grandes colgajos, dejando una amplia pérdida de sustancia: ésta se repara más tarde por medio de un tejido de cicatriz, que consecutivamente se retrae, deformando la region en que está situado.

En circunstancias no muy raras, la infiltracion sigue una marcha agu-

da, la orina infiltrada es reabsorbida, penetra en el torrente circulatorio y va á producir un envenenamiento del organismo, que se traduce algunas veces por un movimiento febril más ó ménos intenso, con pérdida del apetito, lengua saburral, sed intensa, coloracion amarillo-terrosa de los tegumentos, sudores abundantes de olor urinoso, y en casos graves deposiciones serosas de olor igualmente urinoso; pero todos estos accidentes pueden ceder á un tratamiento bien dirigido: en los casos funestos el enfermo presenta un estado tifoide con fuliginosidades en la boca, delirio, convulsiones, y la muerte es casi siempre la consecuencia.

Al hablar de la infiltracion, decia que el contacto de la orina con el tejido celular causaba la inflamacion de éste y la formacion de uno ó de varios abscesos que se llaman urinosos. Estos abscesos generalmente se acompañan de un movimiento febril, intermitente, que cesa tan luego como el pus sale al exterior, sea por la puncion ó espontáneamente. El pus presenta un aspecto flegmonoso, mal ligado, de olor urinoso, debido á su mezcla con la orina. Una vez expulsado el pus, las paredes del foco comienzan á cubrirse de yemos carnosos; la supuracion va disminuyendo cada dia, va tomando un aspecto cremoso, sin olor, y la cavidad del absceso casi desaparece: pero como la orina sigue escurriendo al exterior por aquella vía anormal, queda siempre un trayecto que acaba por cubrirse de una película cicatricial. Quedan así formadas, una ó varias fístulas urinarias, segun que ha habido uno ó varios abscesos, ó que se han abierto paso al exterior por diferentes puntos; resultado casi constante cuando se abren espontáneamente.

Las fístulas urinarias son más frecuentes del lado del perinéo y de escroto, raras del lado del recto y más aún de la cara inferior del pene: estas últimas son casi constantemente el resultado de lesiones traumáticas. Las fístulas son únicas ó múltiples, y en este caso pueden estar diseminadas sin regularidad ó bien se agrupan dando á la region en que están situadas el aspecto de una regadera. Presentan diversas formas; unas veces consisten en un simple orificio de tamaño variable, pero siempre pequeño, hecho como por un sacabocado en la piel de la region que es el sitio de ella; otras el orificio está situado en el centro de un pequeño tubérculo duro y saliente; no es raro además que la piel que las rodea haya sido plegada por el hecho de la retraccion cicatricial y entónces el orificio se presenta en el centro de una especie de roseta con pliegues radiados.

Los tejidos circunvecinos pueden presentar diversos grados de endu-

recimiento; nulo al principio cuando la fístula es reciente y no consiste sino en un orificio tapizado de una película cicatricial; más tarde, el paso constante de la orina irritando de contínuo esta película, determina una hiperhemia permanente del tejido conjuntivo subyacente; de donde resulta la inflamacion crónica, la hiperplasia y la condensacion de este tejido, el cual toma una consistencia más ó ménos dura y más ó ménos extensa segun la edad del neoplasma y la profundidad á que ha llegado.

Otras complicaciones, como la hipertrofia de la vejiga, la cistitis crónica, la formacion de cálculos de fosfato amoniaco magnesiano y su encasquillamiento, aunque raras, no son excepcionales, y pueden poner en peligro la vida del enfermo, ya por sí mismas ó por el tratamiento que para su curacion requieren (por ejemplo la talla para los cálculos).

IV

Sintomatología y Diagnóstico.

El diagnóstico resulta sobre todo del exámen directo del canal de la uretra, de los antecedentes del enfermo y de las perturbaciones de la funcion urinaria.

Una ó muchas blenorragias tenaces, accidentes ó lesiones de la uretra causadas por un cateterismo mal hecho ó por un traumatismo en el perinéo son las causas más frecuentes de los estrechamientos uretrales.

En cuanto á las perturbaciones funcionales pueden no revelar la presencia de un estrechamiento sino despues de mucho tiempo: casi indolente al principio el estrechamiento no llama la atencion del enfermo que más tarde nota que el chorro de su orina es muy delgado, otras bifurcado, y que en todo caso la miccion es difícil y requiere grandes esfuerzos: al principio no es dolorosa, pero más tarde causa sufrimientos y sobre todo molestia. Como habia dicho, el chorro es unas veces muy delgado, otras veces se divide en dos al salir del canal; uno, el más pequeño, sigue el trayecto ordinario, otro cae en el suelo gota á gota: en algunas ocasiones sale formando una espiral y en otras ensanchándose en forma de regadera. Una vez terminada la miccion, el enfermo siente un peso hácia el perinéo, lo que le indica que no toda la orina ha sido expulsada, y que una porcion queda en la parte del canal, situada detrás del estrechamiento: en-

tónces se esfuerza en expulsarla sin conseguirlo: poco despues siente húmeda la ropa y nota que la orina sigue escurriendo aún gota á gota.

Casi siempre el estrechamiento trae consigo un escurrimiento sero-purulento, y entónces el enfermo se ve precisado á pedir socorro á la ciencia. El cirujano debe informarse de los antecedentes del enfermo, de la manera como se hace la miccion y del tiempo que data la dificultad de orinar. Entónces este escurrimiento, que no causa ningun dolor, es referido á su verdadera causa, es decir, á la inflamacion de la porcion de la mucosa situada detrás del punto estrechado; inflamacion debida al contacto constante de la orina con esta parte por la dificultad que encuentra para escurrir completamente al exterior.

Los síntomas que se observan en estos casos son los siguientes: el enfermo siente frecuentemente ganas de orinar, pero en vano trata de satisfacerlas; siente que la orina penetra en el canal, y sin embargo no sale al exterior; hace esfuerzos violentos y dolorosos, y solo consigue expulsar gota á gota una pequeña cantidad: esto le proporciona algun alivio, pero éste es pasajero, pues la cantidad de orina escurrida es bien corta para desembarazar á la vejiga: poco despues, el enfermo vuelve á sentir la gana de orinar y el cuadro anterior se reproduce: ahora bien; estos esfuerzos repetidos tienen una consecuencia séria y á la vez necesaria; privan al cuello vesical de su tonicidad, y éste queda constantemente abierto, dejando pasar la orina que escurre continuamente por el estrecho orificio de la coartacion; sin embargo, la vejiga no se vacía completamente, y esto se comprende.

Cuando los síntomas que acabamos de describir son bien marcados, el diagnóstico es fácil; sin embargo, es preciso tener en cuenta, que no son exclusivos de los estrechamientos, y que con frecuencia acompañan á otras enfermedades; por ejemplo: la forma del chorro puede depender de una vegetacion existente en el canal, y la dificultad de orinar de un espasmo de la uretra ó del cuello de la vejiga (aunque cuando la dificultad date de mucho tiempo ya no es cuestion de pensar en el espasmo); pero sobre todo de una hipertrofia de la prostata: es necesario, por lo mismo, examinar directamente el canal, y asegurarse, en cuanto sea posible, del número, así como de la forma de los estrechamientos.

¿Cómo debe hacerse esta exploracion? por medio de la sonda (los autores han recomendado las bujías de cera): el grosor de ésta debe ser correspondiente al diámetro que se suponga tener el estrechamiento; se le unta de grasa y se le introduce con suavidad hasta encontrar con el

obstáculo; una vez ahí, se le deja un rato, se marca el punto hasta donde llega y se le saca. Cuando se hace uso de las bujías de cera, se observa, examinándolas con cuidado, que presentan en algun punto una depresion cuya forma coincide con la del estrechamiento: unas veces esta depresion tiene una forma circular; otras, solo ocupa un lado de la vejiga: en el primer caso, se trata de un estrechamiento de forma circular; en el segundo, éste no ocupa sino una pared de la uretra, y es lo que más comunmente se observa: como se comprende, es bien fácil saber á qué distancia del meato está la afeccion, y por tanto juzgar á qué porcion del canal corresponde. Es preciso decir, sin embargo, que los diversos procedimientos empleados para tener, por decirlo así, un molde del estrechamiento, son muy ilusorios: en efecto: semejantes impresiones sobre la sonda no pueden dar, áun en las mejores circunstancias, sino indicaciones vaguísimas sobre la forma del estrechamiento, y ningunas sobre su extension y su número: esto explica por qué se han abandonado los procedimientos de exploracion con las bujías de cera, así como con la sonda emplástica de Ducamp. Lo mismo diré de los estiletes metálicos terminados por una pequeña esfera, como lo susaba Charles Bell.

Los únicos exploradores que se deben emplear son, las bujías de goma elástica terminadas en una pequeña oliva y de grosor variable: cuando se introduce una de esas bujías hasta la vejiga, sacándolas con suavidad, se siente uno ó varios sobresaltos que corresponden á los puntos estrechados del canal: igualmente se puede presumir la longitud aproximativa del estrechamiento, por la duracion de la sensacion de que acabo de hablar; pero áun estas apreciaciones carecen de precision, y en general la exploracion con las bujías hace juzgar los estrechamientos más cortos ó más largos de lo que realmente son: además, estas bujías, á causa de su volúmen, no pueden ser empleadas en la exploracion de estrechamientos muy considerables.

Cuando hay razon para creer que el estrechamiento no ocupa sino una parte de la circunferencia de la uretra, Voillemier hace uso de una bujía terminada por la mitad de un cono cortado longitudinalmente. "Se la voltea entre los dedos de manera de poner sucesivamente en contacto todos los puntos del canal con la arista del cono, y es fácil así saber sobre qué pared está situado el estrechamiento."

En resúmen, jamás se llega á recoger datos precisos sobre las disposiciones de un estrechamiento; es casi imposible fijar su sitio preciso, á

causa de la longitud variable del pene y de su elasticidad. En cuanto al grado de la coartacion, puede apreciarse por el volúmen de la bujía que ha sido posible introducir, y áun entónces hay causas de error, por ejemplo: un espasmo de la uretra, en el momento de pasar la bujía, puede hacer creer en un estrechamiento mayor del que en realidad existe. Respecto á determinar la longitud de un estrechamiento, es casi imposible; los exploradores apénas permiten reconocer el punto en que toca su mayor grado; pero "si el estrechamiento tiene la forma de un reloj de arena, jamás se podria llegar á saber el punto en que el canal comienza á disminuir, y aquel en que recobra su amplitud; en una palabra, en dónde comienza el estrechamiento y en dónde acaba." *

Resumiendo, diré que, siempre que se encuentre el cirujano frente á un enfermo en quien supone un estrechamiento de la uretra, lo mejor que debe hacer es informarse con escrupulosidad de sus antecedentes, hacerlo orinar en su presencia y proceder á un exámen directo de los órganos. Para ello se toma el pene entre los dedos, se le alarga moderadamente, se le invierte sobre el hipogastro y se recorre con los dedos de la otra mano el perinéo, para notar si la uretra presenta en su longitud nudosidades ó tumores, ó si ha perdido la elasticidad de sus paredes: si se encuentra alguno de estos signos, hay que pensar en un estrechamiento. Hay ocasiones, sin embargo, en que existe un estrechamiento sin que la exploracion al tacto revele endurecimiento alguno.

En seguida se debe proceder al cateterismo, practicándolo de preferencia con sondas de goma elástica, y siguiendo las reglas establecidas para practicarlo. Igualmente se puede hacer uso con mucha ventaja de bujías de goma elástica terminadas en una pequeña oliva.

Con ayuda de los medios que acabo de indicar, se llega á obtener nociones aproximativas sobre el grado del estrechamiento, su sitio y su número; nociones que sirven para establecer un diagnóstico y deducir un tratamiento racional.

Cuando los accidentes se prolongan, sobrevienen las complicaciones de que ya he hablado; complicaciones que algunas veces pueden no ser nocivas, pero que en la mayoría de los casos tienen graves consecuencias: es, pues, preciso, si se presentan, formarse un juicio exacto de ellas para combatirlas, y ser así útil al que sufre.

* Voillemier: Traité des maladies de voies urinaires, pág. 120.

V

Tratamiento.

Hunter ha dicho: "una vez que se ha franqueado el estrechamiento, y que un instrumento cualquiera ha llegado á la vejiga, el resto del tratamiento está en nuestras manos."

A ejemplo de la mayoría de los autores dividiré los métodos de curacion de los estrechamientos en tres grupos: primero, procedimientos de *dilatacion;* segundo, procedimientos de *cauterizacion*, y tercero, procedimientos de *incision* ó *uretrotomía.* De esta última me ocuparé, con especialidad, en la segunda parte de mi Estudio, por ser la que, seguida de la dilatacion, da resultados mejores y más durables.

1º Dilatacion.—Es el método más empleado; es además el más suave, y se debe recurrir á él siempre que sea practicable, no renunciarlo sino cuando es inútil; por ejemplo, cuando no basta para mantener suficientemente dilatado el canal, ó que éste poseé tal sensibilidad, que no se puede practicar el cateterismo sin exponer al paciente á complicaciones, ó al ménos causarle grandes dolores. Este método no es nuevo; conocido desde la antigüedad, se ha perpetuado hasta nuestros dias.

¿Cuándo y en qué casos es aplicable este método? De una manera general se puede decir, que es al que se deberá recurrir, en primer lugar, siempre que se trate de un estrechamiento. Cuando se ha podido hacer pasar una sonda pequeña á través de un estrechamiento, y que esta introduccion no ha causado dolores intensos; cuando, además, la enfermedad no es muy antigua, y que la coartacion es de poca extension, se puede esperar mucho de la dilatacion y sentar un buen pronóstico: la mejoracion obtenida de esta manera vendrá á ser una curacion, si se tiene el cuidado de repetir frecuente y constantemente el cateterismo con sondas más y más gruesas. Si por el contrario, la introduccion de la sonda ha causado grandes dolores, si ha provocado una reaccion febril más ó ménos intensa, ó bien una retencion de orina sin producir modificacion sensible sobre el estrechamiento, la dilatacion debe ser abandonada; porque léjos de llevarnos á un resultado favorable, su empleo tendria consecuencias más ó ménos funestas.

Thompson divide los casos en que se puede emplear la dilatacion co-

mo tratamiento de las coartaciones uretrales en tres ramos: los casos *simples*, los *difíciles* y los *muy difíciles*. Acepto semejante distincion del cirujano inglés, porque está enteramente conforme con la práctica.

En los casos *simples*, Thompson aconseja pasar una pequeña bujía, cuyo diámetro corresponda al grado supuesto del estrechamiento y sacarla inmediatamente. Si la operacion no se ha acompañado de dificultades, se la repite dos ó tres dias sucesivos con la misma sonda; despues se hacen pasar bujias más y más gruesas, con intervalos de dos en dos dias; pero si el enfermo experimenta fatiga ó malestar, es preciso que estos intervalos sean más largos. Thompson recomienda que "el enfermo evite orinar inmediatamente despues del cateterismo, porque la accion irritante de la orina puede alterar la mucosa escoriada por el paso de la bujía." Igualmente se debe proscribir todo ejercicio violento, que tendria por efecto determinar congestiones á los órganos urinarios y agravar así los accidentes. Cuando el enfermo acusa comezon en la uretra, es preciso analizar la orina para saber si el síntoma revelado es debido á la acidez del líquido, y en el caso supuesto se debe prescribir el uso de los alcalinos y un régimen apropiado. En semejantes casos se ha aconsejado tambien la tintura de beleño y la infusion de uva-ursi. Hay que notar, que el dolor consecutivo á un primer cateterismo disminuye despues del segundo y del tercero, y acaba por desaparecer; además, la ligereza de la mano y la delicadeza en el manejo de la sonda, modifican notablemente la gravedad de los accidentes de esta operacion: es interesante, sobre todo, cuando el paso de la sonda causa dolor, hacer uso de sondas muy flexibles.

Cuando la maniobra que he expuesto no ha causado accidente alguno, se deberá continuarla de la manera siguiente: cada vez que quiera introducirse una sonda, se comenzará por pasar la que sirvió en el cateterismo anterior, é inmediatamente sacada ésta se introducirá una cuyo volúmen sea el inmediato superior.

Cuando se haya llegado á números elevados de la hilera, y que estos hayan sido soportados por el enfermo, se pueden hacer pasar sucesivamente dos ó tres números en una misma sesion de cateterismo. Una vez obtenido el resultado que se buscaba (volver á la uretra su calibre normal), es indispensable no suprimir repentinamente la dilatacion: al contrario, es preciso retardar lenta y gradualmente las sesiones hasta tocar un intervalo de quince dias á un mes, pues aunque parezca completa la curacion, debe tenerse presente que se la compromete en mucho, supri-

miendo por completo el uso de la sonda: para mejor resultado es de una utilidad inmensa enseñar al enfermo á sondearse solo: la conservacion del buen estado de su uretra y por consiguiente de su salud está en su mano. Constantemente despues de cierto tiempo, llega á adquirir tal hábito de sondearse, que no es raro verlo practicar esta operacion con una habilidad superior á la que podria emplear el mismo cirujano.

Se trata ahora de un *caso difícil:* supongo que al primer ensaye de cateterismo se choca con un estrechamiento difícil de franquear. Entónces se puede sacar una indicacion preciosa de la manera como se escurre la orina. Si sale en chorro grueso, voluminoso, es indudable que el grado del estrechamiento no es muy considerable y que la dificultad al paso de la sonda no está en el estrechamiento mismo, sino que es debido á una falsa vía ó á un repliegue de la mucosa: al contrario, si la orina sale gota á gota ó en chorro muy delgado y lentamente, es seguro que el canal está casi completamente obstruido. ¿Qué hacer? Tratar de franquear el punto estrechado con una sonda blanda, delgada y sin mandrin, lo cual se consigue algunas ocasiones; pero si la pared uretral está endurecida en toda la extension del estrechamiento, ó cuando el orificio de éste es muy pequeño, es casi imposible, y en el mayor número de veces escolla el operador; sin embargo, es muy bueno comenzar por este pequeño ensaye, que no tiene grandes inconvenientes, y cuando no es posible franquear el estrechamiento, se debe usar una sonda rígida muy delgada, manejando este instrumento con prudencia, y con la ligereza de mano que el caso requiere. Es indispensable introducirla lentamente, y con la precaucion de no llevar el pico contra la pared inferior del canal, pues como se sabe, es la parte que más fácilmente se deja desgarrar por los cuerpos duros. Si llevando la sonda directamente no se consigue franquear el estrechamiento, se debe llevarla en distintas direcciones, tocando, por decirlo así, todos los puntos del canal; y luego que se siente que el pico ha penetrado, favorecer la introduccion por pequeños movimientos y presiones muy suaves, y áun así, no se llega al resultado sino con una paciencia extrema y despues de muchos minutos. Si en una primera tentativa que ha durado de 15 á 20 minutos no se obtiene suceso, es necesario desistir y dejarlo para otro dia, porque en esos momentos la congestion provocada por las diversas maniobras, es una causa de tumefaccion de los tejidos, y por consiguiente viene á aumentar el grado del estrechamiento y la dificultad de franquearlo. Al siguiente dia es de regla volver á intentar el cateterismo con iguales precauciones y cuidados; esta segunda tentati-

va puede prolongarse 25 ó 30 minutos: las tentativas deben repetirse todos los dias usando siempre de paciencia y delicadeza hasta llegar á conseguirlo.

Es útil, en algunas ocasiones, ejercer una presion contínua sobre la parte anterior de un estrechamiento endurecido; pero para esto es necesario estar seguro de hallarse frente al orificio del estrechamiento y no en una falsa vía. En general, se reconoce que la sonda ha penetrado en el estrechamiento, cuando se siente su extremidad como cogida y que los movimientos adelante y atrás son muy difíciles: se reconoce que se ha penetrado en una falsa vía por la sensacion que experimenta la mano del operador que la sonda ha penetrado repentinamente desgarrando. En este caso, se nota la gran facilidad con que se puede hacer avanzar y retroceder la sonda, y este solo indicio es bastante áun para una mano poco ejercitada; es absolutamente necesario entónces abandonar toda tentativa de cateterismo y no volver á ocuparse de ello, sino muchos dias despues cuando se suponga ya cicatrizada la herida y redoblando las precauciones.

Paso ahora al estudio de un *caso muy difícil.* Supongo que, á pesar de numerosas tentativas, no se ha conseguido franquear el estrechamiento ó que solo ha penetrado una parte de la sonda sin que sea posible hacerla avanzar, ó bien que siendo varios los estrechamientos solo se ha franqueado el primero. La mejor conducta que observar entónces es vigilar el estado general del paciente y procurar sostenerlo en un estado conveniente de salud. Despues es necesario recurrir al cateterismo, porque el principal objeto es franquear la coartacion: es bueno ante todo, y siempre que esto sea posible, asegurarse de la posicion del orificio del estrechamiento para proceder con más seguridad. Algunos cirujanos aconsejan en estos casos acostar al enfermo sobre el dorso y comenzar por aplicarle una inyeccion conteniendo 15,00 ó 20,00 de aceite de almendras ó de belladona, con objeto de lubrificar el canal y facilitar el paso de la sonda; en algunos casos difíciles yo he empleado para inyectar una infusion de hojas de belladona, con objeto de disminuir la sensibilidad de la uretra y suprimir el espasmo que es una dificultad más para el cateterismo. De cualquiera manera que sea, inmediatamente despues de practicada la inyeccion se debe intentar introducir una sonda rígida, de un volúmen considerable.

En general se debe emplear un instrumento del mayor volúmen posible con relacion al diámetro del estrechamiento; una sonda muy delgada cor-

re el riesgo de romperse, y constantemente no puede ser empleada sino por una mano hábil. Es muy útil, en caso de cateterismo muy difícil, emplear una sonda hueca y no una bujía, porque pasado el obstáculo la sonda deja escurrir la orina, y así se tiene la seguridad de estar en la vejiga y la probabilidad de no haber practicado una falsa vía: sin embargo, en algunos casos el estrechamiento presenta un orificio tan pequeño que no es posible pasar las sondas ordinarias. Para estos casos, Thompson ha hecho construir lo que el llama "*sonda con extremidad de bujía;*" se compone esencialmente de una sonda delgada, hueca y terminada por una extremidad llena: ahora bien, como las paredes de este instrumento son necesariamente muy frágiles, se le da solidez con un mandrin de acero que llena exactamente su interior.

Una vez franqueado el estrechamiento se debe evitar desgarrar las paredes blandas y distendidas de la porcion de uretra situada detrás.

Es bueno tambien grabarse en la memoria las diversas particularidades que ha presentado el estrechamiento; por ejemplo: el orificio está situado en el centro ó á un lado, la existencia de una falsa vía, etc., etc.: indudablemente todas estas nociones son muy útiles al practicar otra vez el cateterismo.

Para evitar hasta donde sea posible practicar falsas vías, es necesario introducir el dedo, préviamente engrasado, en el recto del enfermo, para dirigir el pico de la sonda y asegurarse que no se desvie ni á derecha ni á izquierda y se encaje así en el piso del canal, sitio favorito de las falsas vías.

Hasta ahora no me he ocupado sino de la dilatacion *temporal:* cuando se nota que un estrechamiento tiende á reproducirse despues del cateterismo; cuando el paso de la sonda en el primer ensaye ha sido laborioso y que hay porque creer que sucederá lo mismo en el segundo; cuando la introduccion de la sonda ha causado violentos dolores, calofríos, fiebre, etc., etc., se debe recurrir á la dilatacion permanente.

La *dilatacion permanente* se practica con bujías ó con sondas, áun cuando se haya dicho que las primeras tienen el inconveniente de provocar retenciones de orina: esta asercion cae delante de los hechos; la experiencia enseña que poco despues de la introduccion de una bujía áun delgada, la orina, obedeciendo á las leyes de capilaridad se escurre entre la bujía y la uretra.

El instrumento introducido en la uretra debe recorrerla libremente: la introduccion se acompaña algunas veces de ciertos accidentes, como do-

lor, espasmo y escurrimiento; el dolor es algunas veces intolerable, y es necesario desistir y recurrir á la dilatacion temporal: en cuanto al escurrimiento puede hacer falta, y la dilatacion seguir su marcha regular. Al cabo de veinticuatro horas la bujía juega más libremente; sin embargo, Civiale recomienda dejarla á permanencia de cuatro á seis dias solamente; entónces, dice, se la puede reemplazar por otra de un diámetro superior. Thompson recomienda dejar al enfermo en quietud despues del paso de la segunda sonda y no introducir la tercera sino habiendo dejado libre la uretra dos dias. El tratamiento está así constituido.

En una palabra, la permanencia de la sonda en la vejiga puede ser de seis á ocho dias y el tratamiento total de un mes.

El modo de accion de las bujías en la curacion de los estrechamientos ha sido explicado de muy diversas maneras. Dupuytren decia, que al ejercer una presion áun suave, sobre la sonda, despues de una hora ó dos el punto estrechado comienza á secretar mucosidades abundantes, que despues el estrechamiento va cediendo, y que la sonda se sumerge lentamente hasta llegar del otro lado del obstáculo: dice tambien que áun cuando no se llegue á este resultado, y áun cuando sea necesario sacar la sonda despues de haberla dejado cierto tiempo, el enfermo orina mucho más fácilmente. Dupuytren ha designado esto con el nombre de "Dilatacion vital," lo cual nada significa.

Para Reybard, las bujías determinan la "dilatacion mecánica obrando á la manera de una cuña, separando las paredes uretrales:" esta explicacion es más racional, pero no es muy satisfactoria, puesto que las bujías son siempre de un diámetro menor al del estrechamiento.

La teoría de la inflamacion aceptada por casi todos los contemporáneos, explica las modificaciones del estrechamiento por una serie de fenómenos orgánicos cuyo resultado seria la reabsorcion y la atrofia de sus partes constituyentes. Cuando la sonda ha permanecido algun tiempo en la uretra, se dice, la mucosa se congestiona, despues se inflama, un escurrimiento se produce que tiene por objeto separar la mucosa de la sonda con la cual se encontraba en contacto inmediato: sucede aquí lo que en los demás tejidos cuando son penetrados por un cuerpo extraño, una inflamacion eliminatriz se establece al derredor de él, y la supuracion deja una pérdida de sustancia mayor que la producida por el cuerpo extraño. Así se explica cómo un bujía que se habia hecho pasar con dificultad puede despues de algunos dias ser reemplazada por otra de mayor calibre.

A mi modo de ver, la curacion de los estrechamientos por la dilatacion tiene que explicarse tanto por una accion mecánica como inflamatoria.

Algunos accidentes pueden sobrevenir á consecuencia de la dilatacion; unas veces dependen de la aplicacion intempestiva de las sondas, y otras de la impericia del cirujano. Son: el dolor, el espasmo, la retencion de orina, la fiebre uretral, la cistitis, la orquitis, la uretritis, etc., etc.

Es muy raro que la dilatacion temporal se acompañe de un dolor vivo y persistente; no sucede lo mismo con la dilatacion permanente, casi siempre se acompaña de sufrimientos intolerables que obligan á abandonar el tratamiento y que algunos atribuyen á la cistitis concomitante.

El espasmo uretral no es tan grave como el dolor; sin embargo, es el indicio cierto de una sensibilidad exagerada del canal, y el cateterismo en este caso debe ser practicado con suma prudencia.

La retencion de orina proviene, ó de la falta de tonicidad de las fibras musculares de la vejiga, ó de su parálisis consecutiva á la inflamacion de la mucosa en virtud de la ley de Stokes, que dice: "Los músculos subyacentes á tejidos serosos ó mucosos inflamados son rápidamente atacados de inercia." El tratamiento debe dirigirse á la parte enferma.

La fiebre uretral es una grave complicacion; se debe suprimir todo tratamiento y combatirla enérgicamente.

La cistitis es la más dolorosa y más grave de las complicaciones: es indispensable suspender el tratamiento, y esperar hasta que todo accidente haya desaparecido.

La orquitis, la prostatitis, etc., etc., deben tambien ser combatidas con energía prescindiendo de la dilatacion.

Bajo el punto de vista de los resultados, el tratamiento por la dilatacion ofrece ménos garantías, en cuanto á la duracion de la curacion, que la *uretrotomia.* En efecto, un estrechamiento tratado por la dilatacion se reproduce más fácil y rápidamente, y este hecho parece todavía más comun cuando se emplea la permanente.

La dilatacion temporal tiene la ventaja de ofrecer mayor inocuidad y de dejar al enfermo libertad para entregarse á sus ocupaciones; pero en cambio es muy larga, pues requiere al ménos un mes y expone á reincidencias que pueden ser muy prontas y algunas veces casi instantáneas.

La dilatacion permanente debe ser considerada como un método poco ventajoso y accesorio, útil para preparar la dilatacion temporal y la uretrotomia. Su accion es rápida, pero sus reincidencias son muy frecuentes. Expone á graves complicaciones.

En cuanto á las indicaciones: la dilatacion temporal debe ser empleada en casos de estrechamiento reciente simple y poco considerable; debe ser rechazada cuando se trata: de estrechamientos justificables, de la incision, de estrechamientos de la region peneana, de estrechamientos cicatriciales, en una palabra, de estrechamientos muy cerrados. Ciertas complicaciones como las falsas vías, las fístulas y los abscesos urinarios, los tumores, las infiltraciones de orina, la dilatacion considerable de la uretra detrás del estrechamiento, la retencion de orina, completa ó incompleta, y la cistitis crónica, son contraindicaciones formales y absolutas de la dilatacion temporal.

En cuanto á la dilatacion permanente se la puede emplear en casos de estrechamiento en individuos muy irritables, cuando la dilatacion temporal ha escollado, pero sobre todo, como preparatoria de la introduccion de bujías conductoras para practicar la uretrotomia ó la divulsion. No dando jamás resultados durables y exponiendo á graves accidentes, está completamente contraindicada como método curativo; solo puede emplearse como adyuvante.

Para terminar mi estudio sobre la dilatacion hablaré de otro medio que se ha empleado en la curacion de los estrechamientos: no me ocuparé de describir el método operatorio ni los instrumentos que para ello han servido; solo diré que es un método definitivamente condenado y con justicia, pues que da lugar á terribles accidentes. Esta operacion, que propiamente es una dilatacion forzada, la practicaron primitivamente Bigand, Michèlêna y Perrève: sus instrumentos designados con el nombre de divulsores eran de un grosor pequeño pero susceptibles, una vez introducidos en la uretra, de aumentar de espesor hasta tocar un volúmen mayor que el del canal. Voillemier hizo conocer más tarde el suyo que lo llamó divulsor cilíndrico, y por último, Moreau Wolf el suyo decorándolo con el nombre de divulsor retrógrado.

Al par que la dilatacion forzada ó divulsion, los cirujanos del siglo último, con Choppart, Boyer y Roux, han empleado el cateterismo forzado. Bien que Mayor de Lausanne haya intentado instituirlo como método terapéutico, los accidentes terribles y casi fulminantes á que da lugar, deben hacer que se le rechace al dominio de las aberraciones quirúrgicas.

2º Cauterizacion.—El empleo de los cáusticos en el tratamiento de los estrechamientos data de la antigüedad: las sustancias empleadas fueron al principio la manteca de antimonio, la cal viva, el ácido arsenioso, el alumbre y el vitriolo (diversos sulfatos), despues el nitrato de

plata y la potasa cáustica: los instrumentos de que se ha hecho uso, denominados porta-cáusticos, han sido diversos; quedan actualmene en el arsenal quirúrgico los de Ségalas y Lallemand.

Los autores han dado diversas opiniones sobre el método que nos ocupa; unos para encomiarlo, otros para condenarlo. Carezco absolutamente de experiencia en este sentido, y por consiguiente, mi opinion no puede ser precisa en este caso; pero sí creo, atendiendo á lo que sobre cauterizacion en casos de estrechamiento he leido en algunos textos, que los casos de curacion, atribuidos á este método, más bien me parece debidos á la dilatacion; pues que para practicarla los cirujanos á él adictos, comienzan por introducir el porta-cáustico, que sea el que fuere, siempre tiene un regular volúmen. Leroy d'Etiolles, va hasta aconsejar no practicar la cauterizacion sino despues de franqueado el estrechamiento.

Los mismos cirujanos que han practicado la cauterizacion con diversos agentes, confiesan que este método exige de parte del operador constancia, y de parte del enfermo sumision; yo creo que esto no se halla todos los dias. "Home, refiere un caso de estrechamiento difícil, curado por este método despues de veintidos años. Otra vez, dice, que en un enfermo que habia sufrido mil doscientas cincuenta y ocho cauterizaciones en el espacio de quince años, pudo al fin penetrar á la vejiga." * Estos dos casos son de los que forman los sucesos; ¿cómo serán los insucesos?

Recordaré, por último, que el mismo Lallemand al fin de su carrera quirúrgica, habia renunciado al empleo del método de que hablo, y habia adoptado la dilatacion.

* Home citado por Edouard Martin: Étude clinique sur le traitement des rétrécissements de l'uretre.—Tésis de Paris, 1875.

SEGUNDA PARTE

URETROTOMIA

Un estrechamiento de la uretra, áun ligero, expone al enfermo á graves accidentes; en consecuencia, necesita un tratamiento.

Solo hay un método del tratamiento de los estrechamientos uretrales, es la dilatacion.

Cuando está demostrado que la dilatacion es impotente para volver al canal su calibre normal, tenemos un adyuvante; es la uretrotomia interna, despues de la cual es preciso continuar la dilatacion.

La dilatacion es, á un estrechamiento de la uretra, lo que la reduccion á la hernia estrangulada. Es necesario emplear primero la bujía para dilatar, como es preciso usar de la taxis para reducir: si en ambos casos los métodos escollan, es absolutamente necesario debridar para dilatar la uretra ó reducir la hernia. (Tillaux, obra citada, págs. 768 y 769).

DESIGNADA sucesivamente con los nombres de ojalera, puncion de los estrechamientos, estricturotomia, y en fin, bajo el más comprensivo de *uretrotomia*, esta operacion comprende todos los procedimientos con los cuales se divide la uretra; sea de dentro para fuera, sea de fuera adentro, bien superficial ó profundamente. La uretrotomia consiste, por tanto, en una incision practicada sobre la uretra con objeto de curar los estrechamientos. Se ejecuta penetrando en el canal por una incision practicada sobre los tegumentos, *uretrotomia externa*, ó en la cavidad misma del canal *uretrotomia interna*.

I

Uretrotomia externa.

La seccion de la uretra de fuera adentro era practicada antiguamente con objeto de combatir la retencion de orina: se la designaba con el nombre de ojalera, la cual difiere notablemente de la uretrotomia externa tanto por su manual operatorio como por su objeto: en efecto, la primera no llevaba otro fin que abrir una salida á la orina retenida en la vejiga, en tanto que en la segunda la incision es practicada sobre el estrechamiento mismo con el fin de destruir el tejido que lo constituye. En cuanto al manual operatorio de la ojalera no me ocuparé de describirlo por haber caido en completo desuso.

Historia.—La uretrotomia externa no es un método reciente de tratamiento de los estrechamientos. Ledran, en 1725, practicó esta operacion en un oficial inglés que tenia el perinéo y las bolsas cubiertas de fístulas. Introdujo con dificultad una sonda hasta la vejiga, la dejó algunos dias á permanencia y despues la reemplazó con otra, y cuando el canal adquirió un calibre suficiente, hizo una incision como para la talla (atrás del estrechamiento), y puso una sonda de plomo á permanencia en el canal; al cabo de cierto tiempo la orina escurria por el meato. *

Despues de él, Choppart reconoció que en los casos en que una sonda introducida por la fístula y conducida á la vejiga, es insuficiente para calmar los dolores y restablecer el curso de la orina, es preciso dividir el cuello de la vejiga y colocar allí una cánula á permanencia hasta que se pueda reemplazarla por una sonda que recorra libremente la uretra. **

La uretrotomia externa ha sido preconizada en 1844 por Syme d'Edimbourg, como método general de tratamiento de los estrechamientos uretrales. Pretendia que no hay estrechamiento infranqueable, y practicaba siempre la incision ayudándose de un conductor introducido en la uretra. Su procedimiento ha sido modificado, y en lugar de cortar de atrás adelante como él lo hacia, hoy se corta de adelante atrás, lo que es más ejecutable.

Métodos operatorios.—La uretrotomia externa se practica con conductor ó sin él, segun que es ó no posible pasar un catéter.

* Ledran citado por Edouard Martin, loc. cit., pág. 180.
** Choppart citado por Sirus Pirondi, loc. cit., pág. 323.

Para practicar la uretrotomia con conductor, se introduce en la uretra un catéter acanalado, curvo, y que presenta una extremidad muy delgada, lo que facilita su introduccion en la parte estrechada del canal; despues un ayudante toma con una mano el pene y tira de él dándole una inclinacion de 45° sobre el vientre y con la otra mano fija el catéter; el cirujano, armado de un bisturí, levanta las bolsas del enfermo tendiendo la piel del perinéo y practica en esta region una incision de 4 á 5 centímetros de longitud sobre la línea média, de delante atrás, comprendiendo la piel; en seguida diseca capa por capa el tejido celular que ocupa el piso inferior del perinéo hasta encontrar con la uretra y sentir al través de sus paredes el catéter: una vez ahí, coloca la punta del bisturí sobre la canaladura y divide el estrechamiento en toda su longitud, siguiendo esta canaladura y en la direccion de la incision exterior. Se saca en seguida el catéter y se coloca una sonda que se deja á permanencia hasta que un tejido de cicatriz viene á cubrir la parte inferior del canal.

La uretrotomia, sin conductor, se practica de la manera siguiente: se introduce un catéter ó una sonda acanalada hasta encontrar con el obstáculo, un ayudante la fija de la misma manera que en el caso anterior y el cirujano practica una incision de 4 á 5 centímetros, de adelante atrás sobre la línea média y comprendiendo el espesor de la piel; diseca en seguida capa por capa hasta tocar con la porcion estrechada que se reconoce en su dureza; hace sobre ella una incision de igual longitud, y en la misma direccion que la exterior, cae así sobre la extremidad del catéter; entónces saca un poco á éste y busca en el fondo de la herida la continuacion del canal; una vez encontrado, no tiene sino que introducir un estilete ó una sonda acanalada, y sobre ella hacer una incision que se prolonga más allá del estrechamiento: se coloca una sonda á permanencia y se espera la cicatrizacion; cuando existen fístulas puede uno servirse de ellas para introducir una sonda acanalada en el estrechamiento y sobre ella dividirlo.

Cuando es imposible hacer penetrar en el canal un catéter metálico, puede usarse como conductor una bujía de goma elástica que, por delgada que sea, facilita la operacion.

Algunos cirujanos aconsejan cauterizar los bordes de la herida con el fierro enrojecido para evitar la infiltracion urinosa: no es de desecharse el consejo.

Indicaciones y contraindicaciones.—Como indicaciones de la uretrotomia externa mencionaré los estrechamientos infranqueables por la sonda ó por la orina, los estrechamientos franqueables pero que por el grado de resistencia á que han llegado, no es posible ensancharlos, ni por la dilatacion, ni por la uretrotomia interna; en fin, los complicados de fístulas con endurecimiento considerable de los tejidos, y en algunos casos, los complicados de infiltracion ó de abscesos urinosos.

Como contraindicaciones, creo encontrar la edad avanzada y las enfermedades graves: esta operacion es de hecho bien séria y dispone fácilmente á la piohemia: por supuesto condeno más enérgicamente á la que se practica con conductor; me parece una falta muy digna de vituperio no practicar la interna cuando se puede franquear el estrechamiento.

II

Uretrotomia interna.

Historia. Instrumentos.—Los primeros ensayes de esta operacion, parece fueron hechos hácia mediados del siglo XVI. Ferri practicaba sobre los estrechamientos una operacion, cuya verdadera naturaleza es difícil de apreciar. Se ignora si hacia una simple puncion, una desgarradura ó una incision; los pasajes de sus escritos son bien oscuros.

Ambrosio Paré destruía las carnosidades, por frotamientos repetidos mediante una sonda de plomo provista en su extremidad de numerosas asperezas; completaba el tratamiento aplicando sobre las carnosidades ya escoriadas, diversas sustancias pulverizadas.

En 1576, Francisco Diaz se servia para destruir las coartaciones de una sonda metálica abierta en sus dos extremidades, y la cual llevaba en su interior un tallo de plata terminado en punta con el cual cortaba las carnosidades.

En 1795, Physick inventó un instrumento muy semejante al de Diaz. Se componia de una cánula y un mandrin terminado en su extremidad por una lámina punteada y cortante, semejante á una lanceta.

En 1819, Arnolt mandó construir dos pequeños instrumentos, uno provisto de una lámina circular, y el otro de dos láminas laterales.

En fin, en 1823 Ghie inventó un instrumento compuesto de un conductor fijado á la extremidad de un tallo, y destinado á penetrar en el estrechamiento para guiar la marcha de la lámina cortante.

Un año despues, Amussat presentó á la Academia de Medicina de Paris, un verdadero uretrotomo, provisto de conductor, para dividir los estrechamientos de adelante atrás, y poco más tarde, otro para la incision de atrás adelante.

A partir de esta época, se fueron sucediendo los de Leroy d'Etiolles, Ricord, Charrière, Civiale, Bègin, Caudmont, Reybard, Trelat, Voillemier y Maisonneuve.

La uretrotomia interna cayó en desuso durante algun tiempo, lo que fué debido á sus insucesos; pero en 1833, gracias á los trabajos de Rey bard, volvió á ser aceptada y sus partidarios han ido aumentando.

No me ocuparé de describir todos los instrumentos de que he hablado, porque seria demasiado largo y de ninguna utilidad; además, todos estos instrumentos se han abandonado sucesivamente, ya porque la operacion practicada con ellos era difícil, ya muchas veces dañosa; por ejemplo: cuando se la practica con un uretrotomo como el de Reybard que no lleva bujía conductriz, es difícil hacer pasar el instrumento de la parte estrechada, se necesita algunas ocasiones, esfuerzos que exponen á desviarse del estrechamiento, á practicar una falsa vía y dirigiendo despues por ella el instrumento cortante, hacer una incision á la parte sana del canal, y abrir así una puerta á la infiltracion urinosa exponiendo al enfermo á todos los daños de este terrible accidente, así como á las hemorragias primitivas y secundarias, á los flegmones urinosos y áun á la infeccion purulenta. Otro tanto diré de los instrumentos cuya lámina cortante está oculta, y solo se la hace salir en el momento de hallarse en el estrechamiento (Sedillot), nada más difícil que apreciar ese momento, y nada más fácil que cortar más allá de la parte estrechada, hiriendo la porcion sana de la uretra.

El uretrotomo de Maisonneuve obvia todos estos inconvenientes, es el único que se emplea hoy dia. Se compone, primero: de una sonda de grosor regular, enhuecada de una canaladura sobre la parte convexa ó cóncava (más comunmente sobre ésta), y terminada en su extremidad por un paso de tornillo muy pequeño, al cual se adapta la candelilla conductriz ó una pequeña pieza metálica cuando se quiere introducir la sonda sin candelilla; segundo: de un tallo que lleva en su extremidad una lámina de acero triangular que está adherida al tallo por la base del triángulo, de donde resulta que encuentra á la uretra por uno de sus ángulos, pero éste es romo y por consiguiente incapaz de cortarla miéntras que sus lados son cortantes; de ambos lados de la lámina hay dos

pequeños dientes que sirven para fijarla á la canaladura de la sonda y que recorra libremente el tallo sin desalojarse; tercero: de una bujía de goma elástica (candelilla), cuyo grosor varia á necesidad, terminada en su extremidad por una pequeña oliva, y llevando en su base una piececita metálica ahuecada en paso de tornillo, la cual sirve para fijar la candelilla á la extremidad de la sonda.

Manual operatorio.—La uretrotomia interna se practica de dos maneras: de atrás adelante, ó de adelante atrás.

El primer método está completamente abandonado, y consistia en hacer penetrar el instrumento más allá del estrechamiento; hacer salir la lámina cortante, mediante cierto mecanismo, y sacar el instrumento en conjunto, cortando en este tiempo el estrechamiento (Reybard): generalmente se necesitaba hacer la dilatacion para poder introducir el instrumento.

En cuanto á la uretrotomia practicada de adelante atrás, realmente no se ejecuta, y el método usado en la actualidad no es sino una mezcla de los dos; tanto se corta el estrechamiento al introducir como al sacar la lámina.

La operacion se ejecuta de la manera siguiente: se introduce la candelilla conductriz en la uretra hasta llegar á la vejiga; una vez ahí se atornilla la extremidad de la sonda del uretrotomo á la pieza metálica de que está provista la candelilla; en seguida se procede á la introduccion de la sonda, siguiendo las reglas ordinarias del cateterismo; durante esta maniobra la candelilla se repliega sobre sí misma en la vejiga: generalmente escurre una pequeña cantidad de orina. Un ayudante toma el pene entre sus manos y lo tiende hácia arriba formando ángulo recto con el púbis con objeto de extender el canal. El operador introduce la lámina en la canaladura de la sonda; fija ésta con la mano izquierda; con la derecha hace recorrer á la lámina toda la longitud de la canaladura de la sonda hasta la vejiga; la retira, la vuelve á introducir repitiendo esta operacion dos ó tres veces y saca todo el instrumento. Inmediatamente introduce una sonda de goma de buen calibre (números 10, 11 ó 12) y la fija á permanencia.

Puede fijarse la sonda de dos maneras; primero: se pone al enfermo un suspensorio, se enlazan á la extremidad de la sonda cuatro hilos fuertes; con cada uno de ellos ensartada una aguja se dan dos ó tres puntadas en el suspensorio, dejando los hilos á regular grado de tension, y la sonda saliendo de la uretra unos 8 ó 10 centímetros: este procedimiento

es el más comunmente usado; presenta el inconveniente de que el suspensorio es molesto; que durante las erecciones el pene se doble, lo que es debido á su fijeza en el suspensorio, y la sonda se escapa ó al ménos el enfermo sufre mucho durante las erecciones. El otro modo consiste en fijar los hilos, que en este caso como en el anterior se enlazan á la extremidad de la sonda, no á un suspensorio sino á una vendita que se enrolla al derredor del pene, un poco atrás del prepucio: no hay aquí necesidad de aguja, basta tender los hilos igualmente espaciados al derredor, y sobre ellos pasar un vendoletito de tela emplástica, despues se levantan sus extremidades y sobre ellas se pone otro vendoletito para fijarlos. Este procedimiento tiene la ventaja de permitir las erecciones sin riesgo de que la sonda se salga; pero es necesario para emplearlo, que el pene tenga regulares dimensiones, si no fácilmente se escapa la vendita y la sonda queda enteramente libre. Otros han aconsejado fijar los hilos á los pelos del púbis: se comprende lo que sufrirá el enfermo durante las erecciones; además, tiene las desventajas del primero.

Entraré ahora en detalles.—El tiempo más difícil de la operacion es sin duda la introduccion de la candelilla; toda la paciencia y toda la calma del cirujano son necesarias para llegar á triunfar: en muchos casos, despues de repetidas tentativas enteramente infructuosas, se llega en un momento inesperado á introducir la candelilla: cuántas veces la mano ménos ejercitada lo ha conseguido; cuántas veces se franquea un estrechamiento muy considerable cuando no se ha podido franquear uno enteramente amplio: ¿de qué dependen estas dificultades? sus causas son várias: la posicion relativa del orificio anterior del estrechamiento puede ser central, y entónces la candelilla, siguiendo una de las paredes de la uretra, no penetra en él: el número de los estrechamientos es otro obstáculo al paso de la candelilla; así se ha franqueado uno y no se puede franquear el siguiente, porque el orificio del segundo estrechamiento no está en la misma direccion que el del anterior (caso muy frecuente): ahora bien, la poca amplitud de éste no permite el libre movimiento de la candelilla, y por lo mismo no es posible hacerla variar de direccion para buscar el orificio del segundo estrechamiento; ó bien la sensibilidad de la uretra está exagerada: al franquear el primer estrechamiento, el espasmo se despierta y la candelilla queda cogida sin que sea posible hacerla cambiar de direccion y muchas veces ni áun avanzar.

Hay casos en que la bujía penetra en la parte anterior del estrechamiento sin que sea posible hacerla avanzar, lo cual depende de que el

canal de éste no sigue la misma direccion que su orificio anterior; su direccion puede ser oblícua y más comunmente es flexuosa. Entónces surge esta cuestion, saber si la candelilla ha penetrado ó no en el estrechamiento.

Velpeau se habia ocupado ya de ella. "Se sabe, dice, que la bujía ha penetrado en el estrechamiento cuando no se la puede hacer avanzar ni retroceder, y que se encuentra retenida por la punta. Al contrario, puede uno estar cierto de que no ha penetrado, cuando se escapa luego que se ha dejado de comprimirla y que no se experimenta resistencia alguna para sacarla." *

Civiale ** reconocia tambien que la bujía habia penetrado, en la constriccion con que el estrechamiento la retiene una vez encajada; constriccion que se experimenta tratando de sacarla y que no existe cuando no ha penetrado: además de esta resistencia percibida por el cirujano, hay otro dato útil, es la sensacion particular percibida algunas veces por el paciente; sensacion de penetracion sin dolor, bien diferente de la que experimenta cuando la candelilla ha penetrado en una laguna ó en una falsa vía.

No insistiré más en esta sensacion de penetracion, que mejor se percibe que se explica.

Para obviar estas dificultades, los cirujanos han ideado diversos procedimientos; se puede decir que cada uno tiene el suyo. Ante todo, creo prudente no cambiar constantemente de procedimiento y continuar en el aceptado con la paciencia que se requiere. "La inutilidad de una primera tentativa, como lo hace notar Velpeau, nada significa en contra de una segunda. Mil particularidades, que solo la práctica nos enseña á conocer, pueden desde luego oponerse al éxito de la maniobra, para dejar que se verifique despues."

Luego dá las reglas para la introduccion de la candelilla.

"Se toma el pene con la mano izquierda y la candelilla con la derecha . . . . las más delgadas penetran más fácilmente en el fondo de las lagunas de Morgagni ó en el menor repliegue de la mucosa. . . . . . Cuando se nota alguna resistencia, se voltea la candelilla entre los dedos sacándola un poco y luego se vuelve á comprimirla contra el obstáculo. Un fondo de saco, un pliegue de la mucosa, una falsa direccion,

* Velpeau. Medicine opér. tom. 4º pag. 108.

** Civiale. Loc. cit. pag. 194, tom. I.

una mucosidad, pueden detenerla é impedirla que avance. Entónces es necesario hacerla avanzar con suavidad, sacarla, variar su inclinacion, hacerla voltear entre los dedos, favorecer su paso con el índice apoyado contra el perinéo, etc., etc." *

He reproducido textualmente esta cita de Velpeau, porque resume perfectamente las indicaciones dadas por los autores, sobre el modo de la introduccion de la candelilla.

Voillemier, despues de haber dado las mismas indicaciones que Velpeau, señala el método de Hunter, que recomienda "cuando el estrechamiento está situado al nivel del bulbo ó en la porcion membranosa, comprimir con los dedos sobre el perinéo." Este medio, dice, le ha dado magníficos resultados, ménos sin embargo que el que consiste en introducir la candelilla en el momento en que el enfermo opera la miccion.

"El enfermo se coloca parado ó arrodillado sobre su cama. El cirujano frente á él. Con la mano izquierda fija el pene en una direccion horizontal, miéntras que con la derecha introduce la candelilla hasta el punto estrechado. Entónces obliga al enfermo á orinar, y se aprovecha del momento en que sale la orina para introducir la candelilla en el estrechamiento. Esta maniobra, bien simple y sin inconveniente alguno, necesita el empleo de una candelilla cuya punta no sea muy blanda, á fin de que pueda resistir á la impulsion de la orina."**

Solo una vez he seguido este procedimiento, y sin ningun éxito; no puedo juzgarlo.

Igualmente los cirujanos han aconsejado en semejantes casos, dar diferentes formas á la extremidad de la candelilla, y algunos quieren que se la cubra de colodion en esta parte para darle resistencia. Se puede desviar simplemente la extremidad, haciéndola formar codo con el resto de la candelilla; darle la forma de bayoneta; de *S* italiana; enrollarla en espiral. Todo depende de la forma del estrechamiento, de su número, y de la posicion relativa de sus orificios entre sí: ante todo, es necesaria la paciencia, la suavidad de mano, y el uso de candelillas de goma elástica, terminadas en una pequeña oliva y no en punta, que expone á las falsas vías, más aún cuando son rígidas como las de ballena. En cuanto al procedimiento de untarlas de colodion para darles cierta

* Velpeau, ob. cit., pág. 707.
** Voillemier, obra citada, pág. 165.

resistencia, y sobre todo para conservarles la forma que se les ha dado, me parece bueno pero no indispensable.

¿Cuánto tiempo pueden prolongarse las tentativas? Los autores no están de acuerdo: algunos quieren que sean prolongadas; otros, al contrario. Me parece que cuando el caso no urge, cuando no hay retencion completa de orina, es inútil prolongarlas mucho; se fatiga al enfermo, se irrita y se hace sangrar el canal; se determina la tumefaccion de la mucosa, lo cual es nocivo á tentativas subsecuentes; con frecuencia se provocan accesos de fiebre, y por último, se agota la paciencia del cirujano.

Creo más prudente repetir diariamente las tentativas, renovarlas con frecuencia, y en algunos casos suspenderlas dos ó tres dias, cuando causan dolor ó escurrimiento sanguíneo. De esta manera puede uno permitirse sesiones de 20 á 30 minutos sin desarreglo alguno; pero si se pierde la paciencia, es mejor suspenderlas.

En casos de retencion absoluta de orina, es evidente que las tentativas deben prolongarse mucho más, pues importa ante todo franquear el estrechamiento para prevenir los accidentes. Se pueden prolongar media hora, una, dos, tres, y hasta cuatro horas.

La uretrotomia misma no carece de complicaciones, aunque raras; son las hemorragias primitivas y consecutivas: las primeras son debidas á la abertura de algun vasito, por la incision; son más raras que las segundas, puesto que el tejido que constituye el estrechamiento es muy pobre en vasos: éstos se han ido obliterando á medida que el neoplasma se ha ido condensando y retrayendo. Además: la sonda que se pone á permanencia comprime este tejido, tanto más cuanto es más gruesa, y se hace así un medio hemostático. En cuanto á las consecutivas, provienen de vasos más considerables que ha podido abrir la incision; poco despues, la sonda se aplica sobre los labios de la herida, y comprimiendo todo el tejido, se hace un hemostático poderoso. Puede suceder una de dos cosas: ó que un coágulo se haya organizado é impida la hemorragia en el momento de quitar la sonda, ó al contrario: que no se haya organizado, y que al quitar la sonda, cesando toda compresion, sea lanzado por la sangre y sobrevenga la hemorragia. Tal sucedió un caso, que referiré en las observaciones; bien es cierto que el vaso no fué abierto por la incision con la lámina, sino al introducir la sonda, que se necesitó forzarla, por la dificultad que habia de hacerla pasar á la vejiga: en esta maniobra se desgarró la mucosa, al mismo tiempo que

una arteriola de la prostata (lo que se vió á la autopsía), formando una falsa vía; el enfermo habia estado expulsando orina, excesivamente cargada de sangre, más bien dicho, sangre con orina: pocos dias despues sobrevinieron accidentes nerviosos (por anemia cerebral); se les atribuyó á la permanencia de la sonda, y se le quitó: al cabo de un rato sobrevino una hemorragia, que no se pudo contener por ningun medio, y que llevó á aquel desgraciado á la tumba.

En cuanto á la introduccion de la sonda, inmediatamente despues de la operacion, generalmente es fácil; una vez vuelto á la uretra su calibre normal, solo el espasmo viene en algunos casos á oponerse á ella: esto lo he visto en la observacion de que hablaba anteriormente; una vez practicada la incision se intentó el paso de la sonda sin conseguirlo; se pusieron números más bajos, y las dificultades fueron tales, que se determinó volver á practicar la incision, introduciendo la sonda del uretrotomo en la direccion de la ingle izquierda, con el fin de hacerla en ese lado del estrechamiento; inmediatamente se volvió á pasar la sonda, las dificultades fueron las mismas de ántes, el operador empleó la fuerza, y consiguió penetrar á la vejiga: el resultado fué deplorable, ya lo he referido.

Las otras complicaciones de la uretrotomia son consecutivas á la operacion: son la fiebre y la infiltracion urinosas, y la cistitis; las dos primeras son raras, desde que no se practican incisiones profundas; dependen de la filtracion de la orina en los labios de la herida, pues áun cuando la mayor parte del líquido sale por la sonda, una pequeña cantidad escurre entre ésta y la uretra, obedeciendo á la capilaridad. En cuanto á la cistitis, es muy frecuente; puede persistir la que ya existia, y era debida á la permanencia de la orina y á su descomposicion en la vejiga; pero tambien la produce casi constantemente la permanencia de la sonda; en este caso no tiene gravedad, y cesa luego que se quita la sonda, ó al uso de los balsámicos; la fiebre urinosa se combate por los sudoríficos (el jaborandi) y por el sulfato de quinino á fuertes dósis.

Las ventajas de la sonda á permanencia despues de la uretrotomia, han sido discutidas. Hoy dia, todos los cirujanos están de acuerdo sobre su utilidad; en efecto, sirve de conducto á la orina, impidiendo en gran parte el contacto de ésta con los labios de la herida, cierra así la puerta á la absorcion; por compresion impide la hemorragia de los vasitos abiertos por la incision, dando tiempo á los coágulos para organizarse y cerrra definitivamente el vaso, y por último impide la adhe-

rencia de los labios de la herida, dando tiempo á la linfa para condensarse, y que la cicatrizacion de estos se haga separadamente; es decir, impide la reproduccion inmediata del estrechamiento. La experiencia ha enseñado que la reproduccion del estrechamiento es indefectible cuando no se ha puesto sonda permanente en una operacion anterior.

¿Cuánto tiempo debe dejarse la sonda? bastan de 36 á 48 horas. No queda sino que continuar el tratamiento, por la dilatacion por la sonda, para ponerse al abrigo de la reproduccion del estrechamiento y facilitar la atrofia del tejido fibroso. La experiencia enseña que los estrechamientos tratados por la uretrotomia interna y abandonados á sí mismos, se reproducen con una rapidez variable pero de una manera constante.

Una cuestion se presenta: ¿cuánto tiempo despues de la uretrotomia se debe empezar la dilatacion? Para Gosselin, basta un período de ocho dias. Para Caudmont, es preciso un mes. Para Guyon bastarian veinte dias. Reverdin, ménos absoluto en su manera de ver, admite que es necesario no comenzar la dilatacion sino cuando ha cesado la uretritis traumática; es decir, que no hay escurrimiento ni dolor espontáneo ó provocado.

Yo siempre he comenzado la dilatacion 15 dias despues de quitada la sonda, y siempre he obtenido buenos resultados. La dilatacion debe practicarse al principio con sondas de goma elástica de los números 8 ó 9, hasta llegar al 12; despues con sondas de estaño, de Beniqué, con los números 36 ó 37, hasta llegar á los números 46 ó 48.

En fin, es indispensable que el enfermo aprenda á sondearse solo; para esto debe hacer uso de sondas de caoutchouc, blandas, de los números 11 ó 12; éstas tienen la ventaja de que en manos inexpertas no pueden desgarrar la uretra, practicando falsas vías. Comenzará por pasarse su sonda cada cinco dias, despues cada diez, cada quince, y así prolongará los intervalos hasta meses y años. Siempre que en el hospital he tratado enfermos de estrechamiento por la uretrotomia, nunca he consentido en que salgan sin saber sondearse y provistos de su sonda.

¿Hasta qué edad se puede practicar la uretrotomia? Algunos opinan que no se la debe practicar pasados 60 años: otros profesan una opinion contraria; yo no me abstendria de practicarla en cualquiera edad.

Pronóstico.—Es extremadamente favorable. En mi práctica no he visto sino dos casos de muerte: uno por hemorragia, otro por intoxicacion urinosa; ambos accidentes consecutivos á una falsa vía.

TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES

No puedo tratar en extenso todas las complicaciones de los estrechamientos: me fijaré especialmente en las más graves, como la infiltracion urinosa, los abscesos y la fiebre urinosa, y además en las fístulas que, si generalmente no presentan gravedad alguna, hay casos, sin embargo, en que constituyen un accidente nocivo, pero ante todo muy molesto al individuo que las lleva.

En casos de infiltracion de orina ó de abscesos urinosos consecutivos á un estrechamiento, el punto de partida en la inmensa mayoría de casos, está en la region membranosa de la uretra; partiendo de aquí la orina se derrama en el tejido celular comprendido entre las dos láminas aponeuróticas que limitan el piso inferior del perinéo, es decir, la inferior y la média ó ligamento de Carcassone; luego gana el tejido celular de las bolsas del pene y las paredes abdominales.

Bajo el punto de vista clínico y verdaderamente práctico, es útil distinguir dos órdenes de casos, que tienen, sin embargo, entre sí grandes puntos de contacto en cuanto al tratamiento.

1º La infiltracion de orina aguda, que sobreviene bruscamente á consecuencia de una retencion, más ó ménos completa de la orina; ésta comienza por calofríos, invade rápidamente el tejido celular del perinéo de las bolsas, determinando síntomas generales y locales extremadamente graves.

2º El absceso urinoso que forma, durante un tiempo más ó ménos largo, un tumor limitado al perinéo, que se acompaña de síntomas generales y locales ménos graves, pero que constantemente se termina si se le abandona á sí mismo, por una verdadera infiltracion.

A.—Infiltracion aguda: Dos indicaciones se presentan: 1ª Abrir una vía á la orina infiltrada. 2ª Restablecer el curso normal de la orina.

Para llenar la primera indicacion, se practica una incision en el peri-

néo, amplia, profunda, extendiéndose sobre la línea média hasta tocar el foco urinoso, y en caso necesario, varias incisiones sobre el escroto, el pene y las partes infiltradas. Una vez llenada esta primera indicacion, es necesario abstenerse de practicar cualquiera otra maniobra, al ménos durante un período de quince dias. Despues queda que llenar la segunda indicacion: restablecer el curso normal de la orina. Esta se llena por medio de la dilatacion progresiva, ó en caso de insuceso, accidentes ó dificultades grandes, la uretrotomia interna si es franqueable el estrechamiento ó hay tiempo de obrar: en caso de urgencia y cuando el estrechamiento es muy difícil de franquear, la uretrotomia externa.

Desgraciadamente no puedo dar en apoyo de mi estudio, en este punto, gran número de observaciones: solo poseo una en que fué preciso practicar amplias y profundas incisiones, y que al siguiente dia, agravándose los accidentes, se practicó la uretrotomia externa. Grandes colgajos de tejido celular se gangrenaron, y una rápida cicatrizacion vino á reparar las pérdidas: una vez el enfermo en buenas condiciones, se practicó la uretrotomia interna.

B.—Absceso urinoso: Pocas palabras diré relativamente al absceso urinoso, y desde luego se presentan estas dos cuestiones:

1º ¿Cuáles son los abscesos que se deben abrir?

2º En qué época conviene abrirlos?

Con la mayoría de los autores y apoyado en la experiencia, puedo responder á estas cuestiones de la manera siguiente:

1º Es preciso abrir todos los abscesos urinosos.

2º Es preciso practicar una incision amplia, profunda, penetrar hasta el foco mismo del absceso, luego que se ha hecho el diagnóstico y sin esperar la existencia de la fluctuacion.

Para restablecer el curso normal de la orina, se aplican las mismas reglas que en caso de infiltracion urinosa; la uretrotomia, la dilatacion; no tengo que ocuparme ya de ellas. En caso de abscesos pequeños, no tendria inconveniente en obrar inmediatamente sobre el canal ó poco despues de la incision del absceso.

C.—La fiebre urinosa: Este accidente es debido á la reabsorcion de la orina infiltrada ó la que retenida en el recipiente vesical y obrando como un irritante contínuo, inflama la mucosa, le hace perder el epitelio que la cubre y de esta manera se pone en contacto más inmediato

con los vasos linfáticos y venosos que la reabsorben, lo que en el caso es todavía más fácil, pues la flogosis aumenta el número de vasos así como su volúmen. Una vez los principios de la orina en el torrente circulatorio van á producir la série de fenómenos de la *uremia*, cuya primera manifestacion es la fiebre: es pues indispensable evitar, en cuanto se pueda, la reabsorcion, y una vez verificada procurar la eliminacion rápida de los principios de la orina para evitar accidentes más terribles y la muerte. De aquí dos indicaciones:

1ª Prevenir las reabsorciones.

2ª Facilitar ó activar la eliminacion.

La primera se llena abriendo una amplia vía á la ya infiltrada, de la manera que he indicado, y restableciendo el curso normal de ella, tanto para prevenir una nueva infiltracion como para evitar la reabsorcion de la retenida en la vejiga. Los medios de llegar á ella han sido indicados.

La segunda indicacion se llena con los sudoríficos, particularmente el jaborandi dado en infusion á la dósis de 6 gramos para 120 de agua. Los derivativos intestinales tienen tambien su utilidad. Para combatir la fiebre se da el sulfato de quinino á la dósis de 1 gramo ó 50 centígramos.

D.—Fístulas urinosas: Las fístulas urinosas, como ya lo he dicho, son consecutivas á la infiltracion ó á los abscesos urinosos: están situadas en el pene, el escroto, el perinéo; no quiero ocuparme sino de las perineo-escrotales que son las más frecuentes. Dejaré á un lado las peneanas, porque suceden más comunmente á un traumatismo, y además porque se necesitan procedimientos especiales para su curacion, como son los procedimientos de autoplastia.

Al punto de vista puramente práctico, las fístulas urinosas pueden ser clasificadas en tres grupos, segun la gravedad de ellas y el tratamiento que se requiere para su curacion.

1º Fístulas simples, sin endurecimiento de los tejidos que la rodean y que curan por el solo hecho de volver á la uretra su calibre normal.

2º Fístulas antiguas en que los tejidos circunvecinos presentan cierto grado de endurecimiento, aberturas más ó ménos numerosas y que no bastan para curarlas volver al canal sus dimensiones normales, es preciso desviar el curso de la orina.

3º Fístulas múltiples bordando (permítaseme la frase) el perinéo y las bolsas, duras y muy antiguas, que no han cedido á los tratamientos más empleados como la uretrotomia interna, la dilatacion y la sonda á per-

manencia, y es preciso para curarlas medios más enérgicos, como la incision simple ó acompañada de la cauterizacion, la uretrotomia externa y la excision de las partes endurecidas combinada con la uretrotomia interna.

Es indudable que no hay un límite bien marcado entre estas tres clases de fístulas. En un gran número de casos no se recurre á la excision ó á la uretrotomia externa sino cuando se han agotado los métodos de suavidad. Por otra parte, fístulas sin gravedad alguna pueden adquirirla solo por negligencia del enfermo. Otras veces al contrario, está afeccion se presenta primitivamente con carácter de gravedad bien serio y es necesario una intervencion enérgica.

Primer grupo.—Fístulas que curan por simple restablecimiento del canal.

Muy poco insistiré sobre las fístulas de este primer grupo, cuyo tratamiento se confunde con el del estrechamiento mismo. Casi todos los cirujanos están de acuerdo en este punto, que en el tratamiento de las fístulas que he llamado simples se necesita sobre todo restablecer el calibre de la uretra. ¿De qué manera se puede llegar á ello? La dilatacion y la uretrotomia interna son los medios más generalmente empleados.

Segundo grupo.—Fístulas para cuya curacion es preciso desviar el curso de la orina.

Dos medios son puestos en uso para tocar este objeto: la sonda á permanencia y el cateterismo repetido.

Los cirujanos que se han ocupado del tratamiento de las fístulas por la sonda á permanencia, la acusan como el orígen de accidentes; éstos son, la cistitis, la uretritis, el paso de la orina entre la uretra y la sonda, obedeciendo á la capilaridad y su escurrimiento por las fístulas, impidiendo así la curacion de ellas. Participo completamente esta manera de ver, creo la sonda permanente capaz de determinar tales accidentes, pero éstos sobrevienen más bien en enfermos viejos ó caquécticos.

Sin insistir mucho sobre esto, diré: que la sonda á permanencia empleada sola ó juntamente con la cauterizacion, la incision de las fístulas ó despues de la uretrotomia interna es de una inmensa utilidad, pero es necesario vigilar con atencion. Entre otras precauciones es indispensable colocar una sonda, lo ménos rígida posible, terminada en punta roma, y sobre todo, no sumergirla profundamente en la vejiga sino fijarla de manera que apénas pasen los ojos el cuello vesical; se le pone un tapon que el enfermo quitará tan luego que sienta la necesidad de orinar.

El cateterismo repetido ha sido aconsejado para curar las fístulas de este segundo grupo, con objeto de evitar los accidentes de la sonda permanente; me parece prudente sobre todo, enseñar al enfermo á sondearse solo, recomendándole que lo haga tan luego como sienta la necesidad de orinar. De esta manera el cateterismo repetido se hace superior á la sonda permanente, sobre todo cuando se trata de enfermos inteligentes y diestros.

En resúmen: creo que en un gran número de casos, cuando la introduccion de la sonda es fácil, se llega á hacer cicatrizar las fístulas desviando el curso de la orina, sea por medio de la sonda permanente ó por el cateterismo repetido.

Tercer grupo.—Fístulas complicadas de endurecimiento de los tejidos, rebeldes á los medios comunes.

Estas fístulas persisten indefinidamente dando salida á una mayor ó menor cantidad de orina, algunas veces se acompañan de una deformacion considerable del perinéo y las bolsas, de una irritacion crónica de todos los tejidos bañados por la orina, y resisten á todos los tratamientos que he estudiado, como la dilatacion, la uretrotomia interna y la sonda permanente.

Ante todo es preciso desembarazar al enfermo de esta deformidad y de las molestias que le causan. ¿Qué se debe hacer? Aunque creo que la cuestion no está enteramente resuelta, me voy á permitir formular un juicio; dos indicaciones me parece indispensable llenar.

1ª Es preciso, ante todo, restablecer á la uretra su calibre normal; la dilatacion, y la uretrotomia interna son los medios apropiados.

2ª Llenada la primera indicacion: la incision de las fístulas, cuando los endurecimientos son poco considerables, la excision de la parte endurecida en la mayoría de los casos, y en fin, la uretrotomia externa cuando las mismas paredes de la uretra se hallan comprendidas en el endurecimiento.

Para terminar diré: que una vez que se ha restablecido al canal su calibre y que las fístulas han sido incididas ó excididas, es preciso saber esperar y no precipitarse á ejecutar nuevas operaciones. En cuanto á la sonda permanente que se pone en la uretra, y que debe dejarse hasta la completa cicatrizacion de la herida, es indispensable quitarla ántes de este tiempo si sobrevienen accidentes que á ella puedan atribuirse; no por esto se retarda la cicatrizacion.

CAUTERIZACION: No puedo dejar de recordar de paso, la cauterizacon de las fístulas; por sí no constituyen un medio de tratamiento, pero es un ayudante poderoso de los medios descritos.

Las sustancias antiguamente empleadas eran numerosas; desde el mínio, el sulfato de zinc, el nitrato de plata, hasta el fierro enrojecido: hoy, la cauterizacion se emplea en casos bien simples; el nitrato de plata y la tintura de iodo se usan más comunmente.

PROFILAXIA: No es en resúmen sino el conjunto de medios empleados contra la infiltracion y los abscesos urinosos. Es evidente que si estas complicaciones son tratadas á tiempo y convenientemente, se evitará la formacion de fístulas, ó al ménos su número será reducido.

OBSERVACIONES.

SALA DE OFICIALES.

Cama núm. 12.

Cárlos Loranca, Comandante del Primer Batallon Permanente, soltero, de edad de 34 años, natural de Veracruz.

ANTECEDENTES.—En el año de 1863 tuvo un espasmo de la porcion musculosa de la uretra. Se practicó el cateterismo durante el sueño clorofórmico. En el mismo dia se practicó el cateterismo con sonda metálica, se le dejó á permanencia, y entre ella y la uretra escurrió abundante cantidad de sangre. Despues de cuatro dias de permanencia se retiró la sonda, y en pocos dias el enfermo quedó sin novedad alguna.

En 1869 nuevo espasmo; cateterismo durante el sueño por el cloroformo.—Nueva cantidad de sangre.—Alcanfor.—Semicupios tibios.

Pasados algunos años, aparicion brusca de un absceso urinoso colocado en el escroto entre ambos testículos.—Ardor vivo al orinar.—Reaccion febril intensa.—Mercuriales al interior y al exterior: no se llega á la curacion sino despues de la incision de la piel al nivel del punto fluctuante.

En 1872 blenorragia intensa que descuidó el enfermo por las fatigas del servicio; apareció un absceso á un centímetro abajo del que ya se habló.—Sanguijuelas, cataplasmas emolientes.—Curacion imperfecta.—En esta situacion llegó al Hospital Militar de la Capital, en donde, bajo la direccion del Dr. Agustin Velasco, se emprendió la curacion. Se reconocieron dos estrechamientos, situados el uno en la porcion bulbosa de la uretra, el otro en la porcion membranosa.—*Uretrotomia interna.* —Incision del absceso.—Dilatacion lenta despues de la uretrotomia. —Veintidos dias despues, alta en estado de sanidad.

En 1875 blenorragia de mediana intensidad.—Curacion fácil.

En 1877 nuevo absceso, colocado abajo del anterior.—Se abrió espontáneamente en la uretra, y además se le abrió con el bisturí al exterior. —Pus abundante, de olor urinoso, miccion por las incisiones, causando sufrimientos atroces.—Sonda permanente.—Queda una pequeña induracion. Curacion (?).

En 1879 inflamacion violenta del punto endurecido; supuracion, ruptura espontánea al exterior, salida de pus mezclado de orina.—Por los datos recogidos, infiltracion urinosa.—Resolvió pasar al hospital.

Estado actual.—Escroto bordado de fístulas con endurecimiento de los tejidos; miccion muy difícil é imperfecta.—El cateterismo determina convulsiones; no se intenta el paso de la candelilla sino durante la administracion del cloroformo; pasa la candelilla y se practica la *uretrotomia interna;* hemorragia abundante, agitacion, delirio.—Cloral hidratado y trementina (esencia) al interior.—Supositorios con napolitano, morfina y atropina.—Dia 11 de Junio.

Dia 12.—En la mañana: Temperatura, 38°—En la tarde 38° 5.

Dia 13.—Mañana 39°—Tarde, 37° 8, despues de la administracion de 0 gr. 60 centígramos de sulfato de quinina.

Dia 14.—Iodoformo al interior. Temperatura, 37° 7.

Dia 15.—Incision de las fístulas. Temperatura 37° 5.

Dia 16.—Temperatura, 38° 8.

Dia 17.— Idem. 37° 5.

Dia 18.— Idem. 37°

Dia 19.— Idem. 37°

Dia 20, 21 y 22.—Nada digno de llamar la atencion.

Dia 23.—Prostatitis. Temperatura, 38° 9.—Esencia de trementina y iodoformo al interior.

Dia 24.—Temperatura, 38° 9.—Esencia de trementina al interior, c - taplasmas laudanizadas al hipogastro, supositorios con napolitano, morfina y atropina; semicupios tibios.

Dia 25.—Temperatura, 37° 2.

Dia 26.— Idem. 38° 7.

Dia 27.— Idem. 38° 7.

Dia 28.— Idem. 37° 8.

Dia 29.— Idem. 37° 7.

Dia 30.— Idem. 37° 7.

Del dia 31 al 3 de Julio.—Temperatura normal.

Dia 4.—Orquitis (suprimimos la marcha de ella).

Del dia 5 en adelante, el estado del enfermo fué mejorándose. Con la administracion del ioduro de potasio á dósis crecientes, desaparecieron los endurecimientos que rodeaban las fístulas así como la orquitis.—La uretra amplia, ligeramente sensible al cateterismo.

Nada llama la atencion, y pronto el enfermo abandonará la Sala en perfecto estado de salud.

Esta observacion la debo á la generosidad de mi compañero Ignacio Torres.

1ª SECCION DE SIFILIS.

Cama núm. 26.

Praxedis Trejo, soldado del Primer Cuerpo de Caballería Auxiliares del Ejército, natural de Toluca, de 22 años de edad, soltero y de oficio jornalero.—Entrada al Hospital, 7 de Julio de 1879.

Estrechamiento difícil de franquear.—Curacion.

ANTECEDENTES.—Blenorragia el año de 1878, de duracion de seis meses, mal cuidada.—Dificultad de orinar hace 7 meses.

Estado actual.—Miccion muy difícil; necesita grandes esfuerzos; la orina escurre primero gota á gota, despues en chorrito bifurcado. Meato estrecho normalmente.

Dia 8.—Tentativas de cateterismo con sondas de goma, infructuoso. Despues con sonda de plata; el núm. 3 de la hilera Charrière, franquea un estrechamiento situado en la porcion esponjosa, desgarrándolo; escurrimiento de una pequeña cantidad de sangre; se detiene en un segundo situado en la porcion bulbosa.—Poco despues tenesmo vesical: pomada de belladona alcanforada al pubis.—Dos dias de reposo.

Dia 11.—Tentativas con la candelilla conductriz del uretrotomo de Maisonneuve; despues de algunos minutos pasa y llega á la vejiga.—*Uretrotomia interna: debridacion del meato* con el cuchillo de Stiling.—Se fija una sonda de goma, núm. 12.—En la tarde: Temperatura, 38° 1. Orina sanguinolenta.

Dia 12.—En la mañana: Temperatura, 37° 7, orina limpia.—En la tarde: Temperatura, 40°. Insomnio.

Dia 13.—En la mañana: Temperatura, 40°. Sulfato de quinina, un gramo.—En la tarde: Temperatura, 39° 6.

Dia 14.—En la mañana: Temperatura, 38°, orina mucosa; se quitó la sonda; escurrimiento de moco-pus.—Infusion de hojas de jaborandi (120 gramos de agua por 6 de jaborandi). Diaforesis abundante.—En la tarde: Temperatura, 39°.

Dia 15.—En la mañana: Temperatura, 37° 7, orina mucosa.—En la tarde: Temperatura, 38° 5.

Dia 16.—En la mañana: Temperatura, 38° 5, orina limpia.—En la tarde: Temperatura 39° 5. Signos de pleuresía con derrame en el lado izquierdo.

Dia 17.—En la mañana: Temperatura, 38° 9. Vejigatorio, calomel á dósis fraccionada.—Nada notable del lado del aparato urinario. La pleuresía sigue su marcha con movimiento febril los dias siguientes.

Dia 31.—Los signos de derrame han desaparecido; temperatura normal.—Se sondea al enfermo con sonda de goma núm. 10; al siguiente dia, el 11; luego el 12; despues sonda Beniqué núms. 42, 43, 44, 46, 47 y 48 en los dias siguientes.

Dia 8 de Agosto.—Sale del Hospital: lleva una sonda blanda núm. 12: sabe sondearse solo, pero volverá á vernos de cuando en cuando.

Agosto de 1879.

1ª SECCION DE SIFILIS.

Cama núm. 28.

Amado Villegas, Sargento 2º del 19º Batallon, natural de Monterey, 21 años de edad, soltero.—Entrada al Hospital, 8 de Julio de 1879.

Estrechamiento difícil de franquear.—Curacion.

ANTECEDENTES.—Primera blenorragia en 1878, duracion mes y medio; segunda dos meses despues, duracion dos meses; desde entónces dificultad de orinar.

Estado actual.—Dificultad considerable de orinar, chorro muy delgado y bífido, escurrimiento moco-purulento.—Palpacion: porcion bulbosa dura, sensacion de un cordon en una extension de tres centímetros; meato normalmente estrecho.

Dia 10.—Tentativas de cateterismo con sonda metálica núm. 3 de la hilera. Se franquea un primer estrechamiento de la porcion esponjosa, desgarrándolo; una poca de sangre. La sonda se detiene en un segundo estrechamiento de la porcion bulbosa, en donde á la palpacion se siente la uretra endurecida: tentativas prolongadas una hora; infructuosas.

Dia 14.—Repeticion de la tentativa con sondas blandas y rígidas; ninguna pasa.—Candelilla conductriz; nada despues de una hora.

Dia 15.—Tentativa con la candelilla; nada se consigue despues de media hora; se la enrolla en espiral, pasa hasta la vejiga.—*Uretrotomia interna* (Maisonneuve). Debridacion del meato (cuchillo Stiling). Fijacion de una sonda de goma, núm. 12.—Tres cápsulas de esencia de trementina; supositorios con napolitano y cicuta.—En la tarde: Temperatura, 37° 5.

Dia 16.—En la mañana: Temperatura, 38°, orina limpia. Tenesmo vesical. Bromuro de potasio 6 gramos.

Dia 17.—En la mañana: Temperatura, 37° 5, orina moco-purulenta, escurrimiento de pus entre la uretra y la sonda.—En la tarde: Temperatura, 38° 4.

Dia 18.—En la mañana: Temperatura normal; orina como el anterior. Se quitó la sonda.

Dias 19 y 20.—Nada notable.

Dia 21.—Se vuelve á practicar el cateterismo; sonda de goma, n. 12.

Dia 31.—Se repite el cateterismo; sonda de goma, núm. 12.

Dia 2 de Agosto.—Sonda Beniqué, núm. 42; al dia siguiente 43, luego 45, y así hasta el 48.

El enfermo ha aprendido á sondearse solo. Queda en el hospital curándose una laringitis sifilítica.

Agosto de 1879.

1ª SECCION DE SIFILIS.

Cama núm. 32.

Felipe Martinez, natural de San Luis Potosí, de 53 años de edad, casado y oficio jornalero.—Entrada al Hospital, 26 de Marzo de 1879.

Antecedentes.—Primera blenorragia á la edad de 24 años, duracion un año; segunda, no recuerda su data ni la de la dificultad de orinar.

Estado actual.—Estrechamiento no muy considerable; pasa una sonda de goma, núm. 12; chorro de la orina delgado.—Inyecciones astringentes.

Dia 8 de Abril.—Tentativa de cateterismo con la sonda núm. 6; no pasa un estrechamiento al nivel de la porcion bulbosa.

Dias 9 y 10.—Tentativa con sondas más delgadas; ninguna pasa.

Dia 11.—Tentativa con la candelilla; pasa despues de algun rato. *Uretrotomia interna:* fijacion de una sonda de goma, núm. 12.—Tres cápsulas esencia de trementina, supositorios con napolitano, cicuta y belladona.—Por la tarde: Temperatura, 38° 7; orina sanguinolenta.

Dia 12.—En la mañana: Temperatura 37° 8, orina limpia.—Por la tarde: Temperatura, 38° 6.

Dia 13.—Temperatura: mañana 37° 7. Tarde 38° 5.—Nada notable.

Dia 14.— Idem. idem. 37° 4. Id. 38°

Dia 15.— Idem. idem. 37° 2. Id. 37°9. Se quitó la sonda.

Dia 16.— Idem. idem. Normal.

Dia 20.—Se vuelve á practicar el cateterismo; pasa una sonda de goma núm. 12.

Dia 26.—Se pasa la de Beniqué, núm. 46.

Dia 27.—Pasa el núm. 48.

Dia 28.—Sale de alta; volverá á que se le sondée.

Abril 30 de 1879.

1ª SECCION DE SIFILIS.

Cama núm. 46.

José Rojas, soldado del 7º Cuerpo de Caballería, natural de Nopala, de 29 años de edad, soltero y de oficio jornalero.—Entrada al Hospital, 19 de Mayo de 1879.

Estrechamiento difícil de franquear.—Muerte por hemorragia consecutiva.

Antecedentes.—Primera blenorragia á la edad de 14 años. Siguieron otras cuyos datos no recuerda. Ultima blenorragia hace 8 meses, mal cuidada, duracion 3 meses. Dificultad de orinar hace tres años aumentando lentamente.

Estado actual.—A la palpacion por el perinéo, al nivel de la porcion bulbosa, sensacion de dureza del canal en una extension de dos y medio centímetros. Gran dificultad de orinar; chorro muy delgado al cabo de grandes esfuerzos. Escurrimiento moco-purulento.

Dia 20.—Tentativas de cateterismo con sondas blandas y rígidas, infructuosas.—Por la tarde: miccion imposible; semicupio tibio; escurre alguna orina gota á gota.

Dia 21.—Nuevas tentativas, infructuosas. Se intenta pasar la candelilla; despues de una hora y minutos llega á la vejiga. *Uretrotomia interna.* Se intenta pasar la sonda núm. 12, no se consigue; luego el número 11, despues el 10, igual resultado. Se vuelve á introducir la candelilla y se repite la *uretrotomia* sobre la pared izquierda de la uretra. Se intenta pasar una sonda núm. 11, no se consigue; se hace esfuerzo y pasa á la vejiga; ni una gota de orina.—Por la tarde: Temperatura 37° 2; necesidad de orinar; solo escurre una corta cantidad mezclada con sangre negra. Pulso acelerado, pequeño, muy depresible.

Dia 22.—Mañana: Temperatura 39°. Sudor frío; necesidad de orinar muy frecuente, orina cargada de sangre, cantidad pequeña.—Infusion de hojas de jaborandi, 120 gramos. Ninguna diaforesis. Pulso pequeño, depresible.—Tarde, á las 6: Temperatura 39°; pulso filiforme. Sangre entre la uretra y la sonda. Movimientos convulsivos. La vejiga llena sube tres dedos por encima del pubis.—A las 7 de la noche: delirio. Cucharadas laudanizadas (Ag. 120.0 láudano Sydenham 1.00) tomó dos. A las 9: el delirio persiste; pulso casi no lo hay; expulsion de materias fecales involuntariamente. Se quita la sonda, la vejiga se vacia de una gran cantidad de sangre negra, las perturbaciones nerviosas desaparecen.—A las 10: hemorragia por la uretra, sangre roja. Cuernecillo de centeno 4.00; persiste la hemorragia. Limonada sulfúrica, lavativa con infusion de ipecacuana; continúa la pérdida; delirio, convulsiones, pulso casi imperceptible.—A las 4 de la mañana: *muerte.*

Autopsia 20 horas despues de la muerte.—Cerebro, corazon y pulmones exangües. Organos génito-urinarios: porciones esponjosa y membranosa sanas; porcion bulbosa presenta el estrechamiento ampliamente dividido por dos incisiones; porcion prostática desgarrada; infiltracion sanguínea, comenzando aquí y extendiéndose al piso inferior del perinéo, al escroto, al pene y á la túnica albugínea; vejiga sana, llena de sangre negra.

Mayo 30 de 1879.

1ª SECCION DE SIFILIS.

Cama núm. 44.

Manuel Saldívar, cabo del Primer Batallon Permanente, natural de México, de 61 años de edad, soltero y de oficio zapatero.—Entrada al Hospital, 8 de Junio de 1879.

Estrechamiento difícil de franquear.—Curacion.

Antecedentes.—Várias blenorragias.—Dificultad de miccion hace un año.

Estado actual.—Miccion difícil, necesita esfuerzos; escurrimiento moco-purulento. Uretra dura en la region bulbosa, perceptible á la palpacion como una cuerda de tres centímetros.

Dia 9.—Tentativas de cateterismo con sondas blandas, infructuosas. Tentativa con sonda de plata; penetra desgarrando en la parte anterior del estrechamiento el núm. 3 de la hilera Charrière; no se consigue hacerla avanzar.

Dia 10.—Tentativa con la candelilla; ningun resultado.

Dia 11.—Nueva tentaliva con candelilla sin resultado; se le da la forma de bayoneta, pasa hasta la vejiga. *Uretrotomia interna.*—Fijacion de una sonda de goma, núm. 11; tres cápsulas de esencia de trementina; supositorio.—Tarde: Temperatura, 39°.

Dia 12.—Mañana: Temperatura, 37° 5; orina sanguinolenta.—Tarde: Temperatura, 39° 9; infusion de hojas de jaborandi, 120 gramos. Diaforesis copiosa.

Dia 13.—Temperatura normal. Orina mucosa. Trementina.

Dia 14.—Orina mucosa. Se quitó la sonda.

Dia 15.—Escurrimiento moco-purulento.

Dia 20.—Todo ha cesado. Se hace el cateterismo; sonda de goma número 11, inmediatamente el 12.

Dia 21.—El enfermo se sondea con el núm. 12.—Pocos dias despues sale llevando su sonda.

Junio 30 de 1879.

1ª SECCION DE SIFILIS.

Cama núm. 22.

Celedonio Arrasola, cabo del Cuerpo Nacional de Inválidos, natural de Chihuahua, 35 años, oficio zapatero.—Entrada al Hospital, 28 de Junio de 1879.

Dos estrechamientos.—Abscesos urinosos.—Fístulas urinarias.

ANTECEDENTES.—Primera blenorragia en Octubre de 1877, duracion 3 meses. Quince dias despues reapareció el escurrimiento que persiste todavía. Dificultad para la miccion desde Julio de 1878, aumentando. En Diciembre del mismo año, despues de tres dias de excesos alcohólicos, notó un tumorcito "entre las dos vías," inmediatamente atrás de la raíz de las bolsas, doloroso; acabó por abrirlo con un pedazo de vidrio, y vió salir una buena cantidad de pus, de mal olor, y desde entónces por allí escurre la mayor cantidad de orina; pocos dias despues apareció un segundo tumorcito como á dos centímetros atrás del primero, en la línea média; se abrió espontáneamente; pus fétido. Desde entónces la orina sale toda por los orificios que dejaron.

Estado actual.—Dos fístulas, con endurecimiento de los tejidos al nivel de los puntos en donde se abrieron los abscesos. Ninguna orina escurre por el meato. Estrechamientos en las porciones bulbosa y membranosa.

Dia 28.—Tentativas de cateterismo con sondas blandas y rígidas; ninguna pasa el estrechamiento de la porcion bulbosa, solo desgarra en parte el anterior dando alguna sangre.

Dia 30.—Absceso situado sobre el perinéo, en el punto que corresponde á la fístula anterior. Movimiento febril.

Dia 2 de Julio.—Fluctuacion, fiebre intensa. Incision del absceso, comenzando en la fístula anterior, comprendiendo en la incision la fístula posterior; amplia de 4 centímetros. Pus fétido, urinoso.

Dia 26.—El pus del foco anterior ha huido entre los tejidos formando una conejera (*clapier*) y ha venido á formar un tumor fluctuante en la nalga derecha.—Incision amplia profunda.

Dia 30.—La herida de la primera incision, cicatrizada; la fístula posterior queda aún abierta. La herida de la segunda incision cicatrizada. La fístula deja escurrir moco-pus, nada de orina.

Dia 31.—Tentativas de cateterismo; se pasa el primer estrechamiento con una sonda delgada. Tentativas con la candelilla; igual resultado.

Dia 1º de Agosto.—Tentativas con la candelilla; pasa el primer estrechamiento, penetra en el segundo, pero no pasa; se le saca, presenta una forma sinuosa (igual á la del 2º estrechamiento). Tentativas enrollando la extremidad de la candelilla en espiral; despues de un rato pasa hasta la vejiga. *Uretrotomia interna.* Fijacion de una sonda blanda, núm. 10.—Por la tarde: sangre por la fístula; orina poca, muy sanguinolenta. Temperatura, 40°.—Infusion de hojas de jaborandi 120 gramos. Diaforesis copiosa toda la noche.

Dia 2.—Mañana: Temperatura, 39° 5. Sulfato de quinina 1.00.—Tarde: Temperatura 38°; orina muy sanguinolenta.

Dia 3.—Mañana: Temperatura normal. Constipacion. Lavativa purgante.

Dia 5.—Orina mucosa. Se quitó la sonda.

Dias 6, 7, 8 y 9.—Cistitis. Cápsulas de esencia de trementina, 8 al dia.

Dia 11.—Orina limpia, sale toda por el meato. Cauterizacion de la fístula con nitrato de plata fundido.

Dia 13.—Nada de fístulas ni endurecimiento. Cateterismo fácil con el núm. 10; al dia siguiente, 11; al siguiente 12.

Dia 14.—Alta, sano. Volverá con frecuencia para que se le sondée.

Agosto 15 de 1879.

1ª SECCION DE SIFILIS.

Cama núm. 28.

Amado Villanueva, soldado del 5º Cuerpo de Caballería, natural de Matamoros, de edad de 29 años, soltero y oficio zapatero.—Entrada al Hospital, 9 de Junio de 1879.

Dos estrechamientos.—Retencion de orina.—Curacion.

Antecedentes.—Primera blenorragia á la edad de 14 años, duracion un mes; otras várias. Dificultad de orinar hace tres años.

Estado actual.—Dificultad extrema de orinar. Malestar general; al nivel de la porcion bulbosa, palpando por el perinéo, uretra dura en una pequeña extension; estrechamiento en forma de birola.

Dia 10.—Retencion completa de orina. Calofríos, fiebre intensa. Tentativas de cateterismo con sondas blandas, sin resultado. Con sondas rígidas; el núm. 3 franquea el primer estrechamiento situado en la por-

cion esponjosa; el segundo no se consigue pasarlo y se renuncia. Poco despues el enfermo expulsa una regular cantidad de orina, primero gota á gota, y despues en chorro muy delgado y dividido.

Dia 11.—Nuevas tentativas, inútiles. La retencion no es completa; escurre alguna orina.

Dia 12.—Tentativas con la candelilla; solo se franquea el primer estrechamiento. Alguna fiebre.—Semicupio tibio, durante el cual el enfermo orina.

Dia 13.—Retencion completa de orina. Temperatura, 39°.—Tentativas con la candelilla en forma de bayoneta; despues de hora y media pasa hasta la vejiga. *Uretrotomia interna.* Fijacion de una sonda de goma, núm. 12; abundante orina por la sonda.—Por la tarde: Temperatura, 40°. Infusion de hojas de jaborandi, 120 gramos.

Dia 14.—Mañana: Temperatura, 39° 6; orina poco sanguinolenta. Sulfato de quinina, 1 gramo.—Tarde: Temperatura, 39° 7.

Dia 15.—Mañana: Temperatura 38° 7; orina mucosa. Diarrea; no se le toma en cuenta; es debida á la quinina. Temperatura de la tarde 38° 7.

Dia 16.—Temperatura de la mañana, 37° 9: de la tarde, 38° 3; sigue la diarrea.

Dia 17.—Idem idem 37° 7: idem 38° 2; cesa la diarrea.—Se quitó la sonda.

Dia 18.—Idem idem 37° 6: idem. 37° 5.

Dia 19.—Idem idem normal.

Dia 25.—Se practica el cateterismo; pasa el núm. 12 fácilmente.

Dia 27.—El enfermo se sondea con el núm. 12, y sale de alta llevándose la sonda.

Junio 30 de 1879.

1ª SECCION DE SIFILIS.

Cama núm. 40.

Manuel Jardin, soldado del 8º Cuerpo de Caballería, natural de Guanajuato, 24 años, soltero y oficio jornalero.—Entrada al Hospital, 7 de Junio de 1878.

Estrechamiento en el bulbo.—Muerte por apoplegía pulmonar.

ANTECEDENTES: No los recogí.

Estado actual.—Miccion lenta y molesta. Se pasa una sonda metálica delgada que se detiene en la porcion bulbosa.

Dia 8.—Tentativas de cateterismo con sondas de goma; ninguna pasa.

Dia 9.—Tentativas con la candelilla; despues de algunos movimientos entre los dedos pasa. *Uretrotomia interna.* Fijacion de una sonda de goma, núm. 10.—Por la tarde: Temperatura, 38° 2.

Dia 10.—Mañana: Temperatura, 38°; orina algo sanguinolenta.—Tarde: Temperatura, 38° 8.

Dia 11.—Temperatura de la mañana, 39° 5. Sulfato de quinina, un gramo.—Temperatura de la tarde, 38° 8.

Dia 12.—Temperatura de la mañana, 40°. Sulfato de quinina, un gramo. No se tomó la temperatura de la tarde.

Dia 13.—Temperatura, 40°. Nueva dósis de quinina.—Temperatura de la tarde, 40° 2. Infusion de hojas de jaborandi. Traspiracion copiosa durante la noche.

Dia 14.—Temperatura, 38° 5. Se quitó la sonda.—Temperatura de la tarde, 38°.

Dia 15.—Temperatura de la mañana, 37° 5; nada notable. Se volvió á descuidar la temperatura de la tarde.

Dia 16.—Temperatura de la mañana, 36° 8.

Dia 17.—Diarrea; tos seca; pulso pequeño y depresible. Emeto-catártico (Calomel, 1.00 escamónea 0.50).—A la una y cincuenta de la tarde, *muerte.*

Autopsia á la mañana siguiente.—Ambos pulmones atascados de sangre; caen al fondo de una vasija llena de agua; al corte escurre sangre negra, espumosa. El cerebro y las meninges un poco congestionadas.—Aparato urinario, sano.

Junio 20 de 1878.

1ª SECCION DE SIFILIS.

Cama núm. 35.

Felipe Martinez, soldado del 4º Cuerpo de Caballería, natural de Jalapa, soltero, 20 años de edad, carpintero.—Entrada al Hospital, 1º de Julio de 1878.

Estrechamiento fácil de franquear.—Curacion.

ANTECEDENTES.—Primera blenorragia, hace dos meses; áun persiste.

Estado actual.—Miccion fácil, chorro disminuido pero siempre de buen

grosor.—Dilatacion; se pasa una candelilla; al dia siguiente sonda blanda, núm. 1; al otro núm. 2; luego 3, 4, 5, 6 y 7. Se le deja, y solo se practican inyecciones diarias con solucion de hidrato de cloral y astringentes.

Dia 5 de Agosto.—Mucha dificultad de orinar. Cateterismo con sonda blanda; solo pasa el núm. 5 desgarrando un estrechamiento de la porcion membranosa; sale alguna sangre. Introduccion de la candelilla y *Uretrotomia interna.* Fijacion de una sonda, núm. 11, de goma.—Por la tarde: Temperatura, 38° 5.

Dia 6.—Orina algo sanguinolenta.—Temperatura de la tarde, 39° 5.

Dia 7.—Orina mucosa.—Temperatura de la tarde, 39° 8.

Dia 8.—Orina mucosa. Se quitó la sonda.—Temperatura de la tarde, 39°. Sulfato de quinina, 0 gr. 80.

Dia 9.—Orina mucosa. Sulfato de quinina, 1 gramo.—Tarde: Temperatura, 38° 5.

Dia 10.—Estado normal.

Dia 22.—Cateterismo; pasa el núm. 10 de las de goma.

Dia 8 de Setiembre.—Cateterismo; pasa el 11; inmediatamente se pone el 12.

Los dias siguientes el enfermo se sondea solo.

Dia 15.—Alta: se lleva su sonda.

Setiembre 20 de 1878.

1ª SECCION DE SIFILIS.

Cama núm. 20.

José Sebastian, soldado del 14 Batallon, natural de Amozoc, 30 años, casado y jornalero.—Entrada al Hospital, 7 de Setiembre de 1879.

Estrechamiento con infiltracion de orina.—Curacion.

ANTECEDENTES.—Primera blenorragia, en 1862. Dificultad de orinar hace seis años. Se le trató en Puebla por la dilatacion.

En 1873.—El chorro de la orina muy delgado; el enfermo mea con mucha frecuencia y en la noche casi no duerme.

Hace seis dias: calofrío, calentura, perinéo muy hinchado, edema del escroto y el pene.

Estado actual.—Fiebre; vejiga repleta, sube encima del pubis; edema considerable del pene y el escroto; tumefaccion notable del perinéo. Se practica sobre la línea média del perinéo una incision profunda, extendida desde la raíz de las bolsas hasta un centímetro cerca del ano. Gran cantidad de pus y orina mezclada.

Dia 8.—Casi toda la orina escurre por la herida perineal.—Temperatura de la tarde, 39° 3.

Dia 9.—Temperatura de la mañana, 38° 8. El edema ha disminuido. —Temperatura de la tarde 39°. Infusion de hojas de jaborandi, 120 grs.; sudoracion.

Dias 10, 11, 12, 13 y 14.—Nada que llame la atencion. La orina escurre por la herida. Temperatura normal.

Dia 20.—La herida perineal casi cicatrizada. El enfermo se ha repuesto. Tentativas de cateterismo con sonda, infructuosas: se pasa la candelilla. *Uretrotomia interna.* Sonda núm. 12.—Por la tarde: orina rojiza. Temperatura normal.

Dia 21.—Orina limpia. Temperatura normal.

Dia 22 y 23.—Orina mucosa; se quita la sonda el 23.

Dia 25.—Herida perineal enteramente cicatrizada. La orina sale en chorro grueso por el meato.

Dia 3 de Octubre.—Cateterismo con sonda de plata núm. 6.

Dia 4.—Sonda de goma núm. 12.

Dias 5, 6, 7 y 8.—Sondas Beniqué, núms. 36, 37, 38 y 40.

Dia 10.—Alta, sano.

Octubre 15 de 1879.

2ª SECCION DE MEDICINA.

Cama núm. 17.

José Reyes, natural de Toluca, soldado del 5º Batallon, viudo, de 32 años de edad y oficio jornalero.—Entrada al Hospital, 27 de Octubre de 1879.

Estrechamientos uretrales con infiltracion urinosa.—Uretrotomia externa, dos internas.—Curacion.

ANTECEDENTES.—Primera blenorragia hace 15 años agudísima; pasó al estado crónico. Dificultad de orinar, notable para el enfermo, hace

ocho meses; retencion de orina que le obligó á pasar al Hospital á la Sala que hoy ocupa; tratamiento por la dilatacion. Quince dias despues alta. Quince dias más tarde orquitis, entra otra vez á la misma Sala; en 22 dias la inflamacion se habia resuelto; durante algunos dias se volvió á practicar la dilatacion temporal y se le dió de alta. La dificultad de orinar ha ido aumentando hasta escurrir la orina gota á gota. Hace 4 dias retencion completa de orina con síntomas generales graves.

Estado actual.—Dos estrechamientos, uno en la porcion bulbosa, otro en la membranosa. Retencion de orina; infiltracion de las bolsas y el perinéo: síntomas generales graves; á las 5½ de la tarde, hora en que llegó al Hospital, 38° 5 de temperatura. Se intenta el cateterismo con sondas de goma (las únicas á la mano del Aspirante de guardia); es imposible pasar alguna. Prescripcion: sulfato de quinina 1.00.—En la noche: infusion de hojas de jaborandi, 120. Abundante diaforesis.

Dia 28.—Cateterismo infructuoso. Nada de reaccion.

Dia 29.—Accidentes graves. Temperatura, 38°. Cateterismo imposible; retencion completa de la orina. Debridacion amplia y profunda de los tejidos del perinéo; pus en gran cantidad mezclado de orina, y de olor repugnante.

Dia 30.—En la mañana: los accidentes casi iguales; Temperatura 37°9; cateterismo imposible. *Uretrotomia externa;* sulfato de quinina 0.60.—Tarde: Tempetatura, 38° 5.

Dia 31.—Mañana: Temperatura, 37° 2.—Tarde, 38° 8.

Dia 1º de Noviembre.—Temperatura: mañana, 37° 7.—Tarde, 38° 2.

Dia 2.—Temperatura: mañana, 37° 3.—Tarde, 38° 4.

Dia 3.— Idem idem 37° 5.—Idem 38° 4.— Absceso al nivel de la nalga izquierda; incision profunda; pus seroso.

Dia 4.—Temperatura: mañana, 37° 3.—Tarde, 38° 2.

Dia 5.— Idem idem 36° 9.—Idem 37° 8.

Dia 6.— Idem idem 37° 8.—Idem 38° 1.

Dia 7.—Normal.

Dia 10.—La urea se elimina por el intestino produciendo diarrea serosa.

Dia 16.—Nuevo absceso en la nalga derecha. Incision amplia, canalizacion.

Dia 1º de Diciembre.—Herida perineal y las de las nalgas limpias, en plena reparacion. La orina escurre toda por la incision del perinéo. Tentativas con la candelilla conductriz, ayudándose del índice introducido

por la abertura perineal; se llega á la vejiga. *Uretrotomia interna.* Fijacion de una sonda de goma, núm. 12. Ninguna reaccion en los dias siguientes.

Dia 6.—Tenesmo vesical. Prescripcion: bromuro de potasio.

Dia 15.—Se quita la sonda.

Dia 16.—La orina escurre toda por el perinéo; se fija de nuevo la sonda.

Dia 20.—Tenesmo. Se cambia la sonda por una nueva. Bromuro de potasio.

Dia 23.—Se quita la sonda.

Dia 30.—Los tejidos perineales repuestos, quedando solo un trayecto fistuloso inmediatamente atrás de la raíz de las bolsas. Se da al enfermo una sonda blanda; se le enseña á sondearse solo, y se le recomienda lo haga cada vez que sienta necesidad de orinar, á fin de evitar que la orina escurra por la fístula.

Dia 3 de Enero de 1880.—La fístula no se ha cicatrizado; se le cauterizan los bordes con piedra infernal.

Dia 20.—La fístula continúa como ántes; se fija de nuevo la sonda número 11.

Dia 23.—Síntomas generales febriles; absceso al lado derecho de la cicatriz perineal. Temperatura: mañana 39°. Tarde, 38° 9. Calomel, 1.00; ipeca, 0.50. Una toma.

Dia 24.—El absceso abierto espontáneamente por el trayecto fistuloso, Temperatura: mañana, 39°. Tarde 38° 4. Tártaro diluido.

Dia 25.—Temperatura: mañana, 37° 5. Tarde, 38.

Dia 26.—Temperatura: mañana, 37° 5. Tarde, 37°. Orquitis derecha, flegmon escrotal. Napolitano y suspensorio.

Dia 1º de Febrero.—Todo ha desaparecido. La fístula continúa siendo el paso de la orina. Se aconseja al enfermo siga poniendo su sonda al orinar.

Dia 10 de Marzo.—Fístula siempre dando salida á la orina; presenta, además, un notable endurecimiento de los tejidos. El enfermo confiesa no haber llegado á poner la sonda y que la orina ha salido constantemente por el trayecto. Se intenta el cateterismo, es imposible; la coartacion de la porcion bulbosa se ha reproducido y la sonda se escapa por la fístula. Tentativas de pasar la candelilla, que se repiten durante 6 dias sin conseguirlo.

Dia 15.—Despues de tentativas infructuosas con la candelilla se in-

tenta pasar la sonda del uretrotomo Maisonneuve, y se consigue penetrar á la vejiga. *Uretrotomia interna.* Fijacion de una sonda de goma, número 12; ninguna reaccion.

Dia 17.—Se quita la sonda.

Dia 19.—Cateterismo con sonda de goma, núm. 10.—Dia 20, n. 11. —Dia 21, núm. 12.—Dia 23, sonda Beniqué, núm. 44.—Dia 24, n. 45. —Dia 25, núm. 46.—Dia 26, núm. 47.—Dia 27, núm. 48.

Dia 28.—La fístula no tiende á cerrar; los tejidos continúan endurecidos. Incision de la fístula.

Dia 29.—Sonda Beniqué núm. 48.—Dia 30, núm. 49.—Dia 31, n. 50. Dia 2 de Abril, núm. 50.—La incision cicatrizada; la fístula desapareció. Se continúa la dilatacion; el enfermo se sondea solo con una sonda blanda. Pronto será alta.

Abril de 1880.

Martin Mota.

